



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Envolvimento do Pai na Gravidez e Parto:
Intervenções do Enfermeiro Especialista**

Patrícia Lopes Mendes

Lisboa

2018





**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Envolvimento do Pai na Gravidez e Parto:
Intervenções do Enfermeiro Especialista**

Patrícia Lopes Mendes

Orientador: Professora Irene Maria Trindade Soares

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“ Eles não sabem, nem sonham, que o sonho comanda a vida,
que sempre que um homem sonha, o mundo pula e avança
como bola colorida entre as mãos de uma criança.”

In Movimento Perpétuo, Pedra Filosofal, António Gedeão, 1956

Agradecimentos

Ao sol que ilumina a minha vida, o meu querido filho, que apesar dos seus dois anos de vida, conseguiu de uma forma inimaginável transmitir-me força para suportar todos os momentos difíceis desta longa caminhada. Espero um dia conseguir compensá-lo de todos os momentos de ausência.

Aos meus pais pelo apoio incondicional, pela força transmitida e por cuidarem tão bem do meu filho durante esta etapa da minha vida, pois sem eles não seria possível.

Ao meu marido por ser o pai que é, pela sua paciência e por aceitar a minha ausência necessária para a concretização deste sonho.

À minha irmã, cunhado e sobrinhos pelo apoio e pelo carinho demonstrado.

Aos meus amigos por me transmitirem confiança de que seria capaz de alcançar com sucesso este sonho.

À minha amiga e colega de curso por partilhar os bons e maus momentos deste projeto que ambas decidimos abraçar.

Às minhas colegas de trabalho e à Enf.^a Chefe por me darem força e incentivarem a nunca desistir.

Ao Enfermeiro Diretor da Instituição onde trabalho por me ter concedido a possibilidade de frequentar o CMESMO

À Professora Irene Soares pela sua disponibilidade, orientação e incentivo.

À EEESMO orientadora deste estágio com relatório por me ter transmitido todos os seus conhecimentos na área, tornando-me uma melhor profissional.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCF - Auscultação de Batimentos Cardio Fetais

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

AM - Aleitamento Materno

B-on - Biblioteca do conhecimento on-line

BP - Bloco de Partos

CIG - Comissão para Igualdade de Género

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CMESMO - Curso Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CS - Convivente significativo

CTG - Cardiotocograma

DGS - Direcção Geral de Saúde

EBSCO - Elton B. Stephens Co

EC - Ensino Clínico

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ER - Estágio com Relatório

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EV - Endovenoso

FC - Frequência Cardíaca

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

HPP - Hemorragia pós-parto

IA - Índice de Apgar

ICM - International Confederation of Midwives

IM - Intramuscular

IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez

JBI - Joanna Briggs Institute

LTM - Líquido Tinto Mecónio

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development

OE - Ordem dos Enfermeiros

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

RN - Recém-Nascido

SGB - *Streptococcus* β hemolítico do grupo B

Scielo - Scientific Electronic Library Online

SUOG - Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

TA - Tensão arterial

TP - Trabalho de Parto

UC - Unidade Curricular

UCEN - Unidade de Cuidados Especiais de Neonatologia

UCPA - Unidade cuidados Pós-anestésicos

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UN - United Nations

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

RESUMO

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrado no plano de estudos do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem da Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e tem como objetivo refletir sobre o percurso académico desenvolvido em contexto de Bloco de Partos, com vista a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) para a prestação de cuidados especializados de enfermagem na área de saúde materna e obstetrícia e que possibilitaram a promoção do envolvimento do pai na gravidez e parto. Existem poucas evidências de iniciativas de educação parental com ênfase nos aspetos de transição, que se julgam ser estruturantes no desenvolvimento de uma parentalidade positiva bem como no envolvimento eficaz. Deste modo é imprescindível conhecer o estado de arte relativamente ao envolvimento do pai na gravidez e parto, e às intervenções do EEESMO para a promoção deste envolvimento, pelo que foi concebida uma *Scoping Review*, para mapear a melhor evidência científica e obter resposta à seguinte questão de investigação: Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista que promovem o envolvimento do pai na gravidez e parto ? Para a pesquisa utilizou-se a plataforma EBSCOhost Web e as bases de dados MEDLINE *With Full Text* e CINAHL *Plus With Full Text*, tendo sido selecionados 2 artigos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, que respondiam à questão formulada. O referencial teórico utilizado foi a Teoria das Transições de Meleis uma vez que o seu interesse de investigação passa pelas intervenções de enfermagem facilitadoras do processo de transição saudável para a parentalidade. A evidência científica revela que um maior envolvimento paterno pode ter benefícios em termos de saúde para a tríade, para o exercício da paternidade e para uma relação conjugal saudável. Durante o parto o apoio psicológico e emocional prestado pelo pai à grávida pode reduzir a dor, o medo e a exaustão. Ao longo desta UC, e de outros estágios, desenvolvi competências que me capacitaram para intervir junto do pai, tanto ao realizar sessões de educação bem como ao elaborar cartazes temáticos e *folders*, com o intuito de o ajudar no processo de vinculação precoce ao recém-nascido e no alcançar de uma transição saudável para a parentalidade tal como a evidência científica o comprova.

Palavras - Chave: pais, Enfermeiro Especialista, parto e gravidez

ABSTRACT

This 8th Master's degree in Maternal Health and Midwifery Nursing curricular report reflects the academic pathway of the practical class of Labor and Delivery Room focused in developing midwife's high performance skills necessary to promote maternal and child health.

Initially it was also proposed to obtain an additional skill as enhance father involvement in an early stage of child-bearing.

Because of the sparse literature about efficient programs of father education and involvement in transition stages there is robust evidence of the role of the midwife intervention in this subject. In order to fulfill this unmet need it urges to identify the ideal actions and real impact of midwife's interventions in positive parenting concerning the father.

To pursuit this goal it was making a scoping review looking after the current scientific evidence in this subject using the final question: What are the midwife's interventions of Midwife that promote father involvement in pregnancy and childbirth?. The research was made in EBSCOhost Web, MEDLINE and CINAHL web platforms, and finally it was obtained two articles that compromises both inclusion and exclusion criteria. The chosen guide reference was the Meleis' Transitions Theory, as it is the more closely interested in nursing interventions/skills that promotes the healthy transition to parenting. The research allowed me as a master student to achieved two major goals. First of all help me to understand that already exists scientific evidence that father coping in an early stage of pregnancy has huge family health benefits (the physiological and emotional support of the father decreases the pregnant pain, fear and exhaustion). Secondly help me to build and efficient algorithm of interventions as a educational sessions (in group our individually) poster cards and folders emphasizing the importance of father involvement in pregnancy, using evidence as guide.

Keywords: fathers, midwives, childbirth and pregnancy

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. Evolução do papel do pai ao longo dos anos	15
1.2. O processo de transição para a parentalidade e paternidade	16
1.3. Envolvimento do pai na gravidez	21
1.4. Envolvimento do pai no parto	22
1.5. A intervenção do EEESMO no envolvimento do pai	24
2. MODELO CONCEPTUAL DE AFAF MELEIS – TEORIA DAS TRANSIÇÕES/ QUADRO DE REFERÊNCIA PARA A PRÁTICA	26
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	28
3.1. <i>Scoping Review</i>	28
3.2. Plano de trabalho e métodos para a prática	31
4. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EEESMO	33
4.1. Breve caracterização do local do Estágio com Relatório	33
4.2. Descrição e Análise dos objetivos delineados para o estágio com Relatório	34
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
APÊNDICES	76
APÊNDICE I – Análise dos Estudos Seleccionados	77
APÊNDICE II – Trabalhos efetuados no EC III – Sessão de Educação e Folder	81
APÊNDICE III– Trabalhos efetuados no Estágio com Relatório – Cartaz e Folder	85

Índice de Figuras

Figura 1 - Processo de identificação e inclusão dos estudos com recurso ao <i>PRISMA Flow Diagram</i>	30
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Análise do artigo " O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé"	77
Tabela 2- Análise do artigo "Midwives' perceptions and experiences of engaging fathers in perinatal services"	78

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório (ER), do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) foi preconizado a realização do presente relatório. Este relatório tem como principal objetivo a avaliação e reflexão crítica das atividades desenvolvidas na UC Estágio de Relatório, que à *posteriori* será alvo de discussão pública para a obtenção do grau de Mestre.

Este Estágio com Relatório foi realizado no Bloco de Partos de um Hospital situado na Margem Sul do Tejo, iniciando a 5 de Março de 2018 e terminando a 13 de Julho de 2018 e teve a duração total de 750 horas, sendo 500 horas de contacto, 25 horas de orientação tutorial e as restantes horas de trabalho autónomo, sob a orientação local de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO).

De acordo com o preconizado no Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011) bem como pela *International Confederation of Midwives (ICM)* (2013, 2015) estabeleci como objetivo o presente Estágio com Relatório:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no âmbito das intervenções comuns e específicas do EEESMO que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher, recém-nascido e pessoa significativa, inseridos na família e na comunidade, no âmbito da saúde ginecológica, período pré-natal, trabalho de parto e puerpério imediato, no sentido de promover a saúde e bem-estar da mulher/recém-nascido/família, apoiar os processos de transição e de adaptação à parentalidade, bem como promover cuidados de enfermagem de qualidade e culturalmente sensíveis.

O Estágio com Relatório é um estágio crucial e fundamental na aquisição e consolidação de conhecimentos e competências, repleto de processos de aprendizagem essenciais para o crescimento enquanto profissional de enfermagem

e futura EEESMO, ao mesmo tempo que é um contributo imprescindível na realização deste relatório.

Deste modo, o presente relatório traduz uma análise reflexiva em relação ao percurso de aprendizagem académico desenvolvido, com o intuito de explicar de forma clara e objetiva a aquisição e desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EEESMO, na prestação de cuidados de enfermagem individualizados e especializados à grávida, parturiente e convivente significativo/família, bem como o desenvolvimento de competências na promoção do envolvimento do pai no processo de gravidez e parto, tema escolhido para o projeto a desenvolver ao longo dos vários estágios e principalmente neste. A escolha do tema prendeu-se com o fato de ter especial interesse na área da paternidade e pela sua importância no desenvolvimento da criança. Desta forma, defini como questão orientadora da minha pesquisa: “Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista (P) que promovem o envolvimento do pai na gravidez e parto (C)?”.

Sobre o envolvimento do pai na gravidez e parto, a evidência científica é consensual na sua importância e benefícios para a transição para a parentalidade. Por isso, a Teoria das Transições de Meleis: Teoria de médio alcance foi escolhida como referencial teórico para o desenvolvimento do presente relatório de estágio.

Defini como objetivos deste Estágio com Relatório:

1. Desenvolver capacidade de análise crítica e reflexiva sobre as intervenções do EEESMO na promoção do envolvimento do pai no processo de gravidez ao longo dos Ensinos Clínicos com base na evidência científica para a aquisição de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito da saúde materna, obstétrica e ginecológica;
2. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida e convivente significativo/família com complicações, que recorrem ao SUOG, durante o período pré-natal promovendo a saúde e o bem - estar materno-fetal;
3. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na família e comunidade que vivencia um processo de saúde/doença ginecológica, que recorre ao SUOG do hospital de forma a potenciar a sua saúde;

4. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/parturiente e pessoa significativa/família, durante os diferentes estádios do Trabalho de Parto, potenciando a saúde e bem-estar do feto/recém-nascido e parturiente;
5. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido e família, promovendo a sua adaptação à vida extrauterina e detetando precocemente complicações;
6. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/parturiente e convivente significativo, de modo a promover o envolvimento do pai no processo de gravidez e parto, contribuindo para uma parentalidade saudável e responsável.

Como estratégia de pesquisa recorri à metodologia *Scoping Review* de acordo com The Joanna Briggs Institute (JBI) e o modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), para responder à questão formulada e realizar o mapeamento da melhor evidência científica, para fundamentar as atividades realizadas ao longo do estágio e que se encontram descritas neste relatório.

O presente relatório de estágio divide-se em 7 capítulos: Enquadramento Teórico, Modelo Conceptual de Afaf Meleis, Enquadramento Metodológico, Aquisição e Desenvolvimento de Competências do EEESMO, Considerações Finais, Referências Bibliográficas e Apêndices.

O primeiro capítulo diz respeito ao Enquadramento teórico onde constam 5 subcapítulos, sendo eles: Evolução do papel do pai ao longo dos anos; O processo de transição para a parentalidade e paternidade; Envolvimento do pai na gravidez; Envolvimento do pai no parto; A intervenção do EEESMO no envolvimento do pai.

O segundo capítulo diz respeito ao Modelo Conceptual de Afaf Meleis - Teoria das transições/Quadro de referência para a prática onde consta o Modelo conceptual escolhido para orientar a prática de cuidados e norteador do presente relatório.

O terceiro capítulo diz respeito ao Enquadramento Metodológico onde consta o Plano de trabalho e métodos para a prática bem como a *Scoping Review*.

O quarto capítulo diz respeito à Aquisição e desenvolvimento de competências do EEESMO onde constam 2 subcapítulos, sendo eles: Breve caracterização do local do Estágio com Relatório e Descrição e Análise dos objetivos delineados para o estágio com Relatório.

O quinto capítulo diz respeito às considerações finais onde consta uma reflexão global e uma análise crítica do percurso de aprendizagem bem como do contributo da realização deste relatório para a minha prática clínica enquanto futura EEESMO.

No sexto capítulo diz respeito às Referências Bibliográficas onde consta toda a Bibliografia consultada e utilizada para o desenvolvimento do presente relatório.

Por fim o sétimo capítulo diz respeito aos Apêndices onde consta todo o material produzido ao longo dos Ensinos Clínicos (EC) para o alcançar do projeto delineado, sendo eles: Apêndice I – Estudos selecionados para a *Scoping Review*; Apêndice II – Trabalhos efetuados no EC III - Sessão de Educação e Folder; Apêndice III – Trabalhos efetuados no Estágio com Relatório - Cartaz e Folder.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Evolução do papel do pai ao longo dos anos

Vários estudos científicos têm evidenciado a importância do papel do pai no desenvolvimento dos filhos, com especial enfoque no incentivo ao envolvimento paterno na prestação de cuidados ao recém-nascido conjuntamente com a mãe. O desempenho da paternidade é considerado um fator decisivo na qualidade da vinculação entre mãe e bebé, e no desempenho da maternidade (Silva, Lamy, Rocha & Lima, 2012). Deste modo torna-se imperativo refletir sobre as mudanças do papel do pai ao longo da história para uma melhor compreensão acerca das dificuldades com que este se depara presentemente.

Durante algum tempo foi ignorada a importância da influência do pai no desenvolvimento psicológico da criança em virtude do relacionamento entre a mãe e o bebé. Até dos anos 70, cabia ao pai o mundo exterior, o sustento económico da família, este era a figura da autoridade, transmitia as normas e princípios, sendo que a sua participação no desenvolvimento dos filhos não era esperada. Enquanto que a mãe ocupava-se das tarefas domésticas e dos filhos e a ela pertencia a função emocional. A partir dos anos 70, o pai começou a ser lentamente reconhecido no processo de gravidez e não somente a mãe. Na década de 80, os estudos começaram a demonstrar que era possível o pai estabelecer um vínculo precoce com o recém-nascido (RN), sendo importante o desempenho do seu papel na vida do filho desde o nascimento (Silva et al, 2012).

Com o passar do tempo veio a autonomia humana, a demanda pela liberdade e as incertezas em relação ao modelo tradicional de paternidade, surgem alterações entre as quais, a entrada crescente das mulheres para o mundo do trabalho a partir dos anos 60. A estrutura familiar sofre assim alterações uma vez que a família deixou de ter a dedicação exclusiva da mulher e a entrada desta no mercado de trabalho, leva a que o homem passe a dividir as funções domésticas e a criação dos filhos. Deste modo o antigo sistema patriarcal é dominado pela mudança da estrutura familiar, pela mudança das relações, e também pela mudança de pensamento e de paradigma do que é ser homem/pai e ser mulher/mãe. Estas modificações conduziram a uma reestruturação da partilha dos papéis parentais

sendo a parentalidade vista cada vez mais como um envolvimento do casal (Gabriel & Dias, 2011).

1.2. O processo de transição para a parentalidade e paternidade

Tradicionalmente o enfoque do processo reprodutivo tem sido o corpo feminino, o que faz com que toda abordagem reprodutiva esteja direcionada para a mulher, existindo deste modo um esquecimento do papel do homem e uma desvalorização das suas emoções e pensamentos. Isto espelha a representação social das mulheres, considerando-a como o foco de análise e o homem o coadjuvante, com papel secundário. É importante que o homem procure o reconhecimento da importância do seu papel paterno (Silva et al, 2012). Ao contrário do que se possa pensar a paternidade começa com o período antes da concepção, sendo uma componente integrante do relacionamento e do amor. O desejo de ser pai começa na infância, a partir da identificação com a mãe e a fantasia da gravidez (Ferreira, Laia & Néné, 2010). Deste modo faz todo o sentido trabalhar os afetos e a sexualidade desde o pré-escolar até à adolescência através de sessões de educação para a saúde (papel parental e sexual, género, família, concepção, gravidez e parto entre outros) (Associação para o Planeamento da Família, 2017).

O acompanhamento deve ser iniciado antes de serem pais, no sentido de limar as ideias pré-concebidas e prepará-los para assumir a sua masculinidade, sexualidade e conjugalidade sem conflitos (Moraes & Almeida, 2013). O processo de tornar-se pai pode ser vivido como um momento repleto de novos significados, transformações e responsabilidades podendo existir uma reavaliação dos valores transmitidos pelos seus próprios pais bem como existir um *flashback* à sua infância e adolescência podendo-o levar a viver uma parentalidade conflituosa permeada de angústias e fantasias (Gabriel & Dias, 2011). Quando há um diagnóstico de gravidez e se trata do primeiro filho existe no homem e na mulher uma transição e consequentemente uma transformação pois tornam-se pai e mãe levando a um ajustamento aos novos papéis. Passam por uma fase de confusão e um misto de sentimentos tais como entusiasmo, ansiedade e medo relativamente à responsabilidade e disponibilidade para cuidar do filho. O pai começa por efetuar construções mentais em relação ao seu papel parental e relacionamento com o RN. Daqui surgem vários caminhos, alguns pais não se conseguem ver a desempenhar

o papel paterno, outros constroem planos em torno da educação e interação com o bebê, que muitos não tiveram enquanto filhos, outros recordam a educação dada pelos seus próprios pais almejando isso para a criança que vem a caminho. Muitos homens passaram por um modelo de educação tradicional frio e distante enquanto filhos, pelo que não desejam isso para os seus filhos, outros porém adotam a postura do antigo sistema patriarcal já referenciado anteriormente, de sustentar a casa enquanto a mãe fica encarregue dos cuidados específicos ao bebê. Neste último caso o pai acaba por se excluir, muito pela construção social relativamente às diferenças de género, onde os cuidados prestados ao filho são entendidos como uma aptidão feminina (Gabriel & Dias, 2011).

Martins (2013) refere ainda que as mudanças ocorridas na estrutura social e familiar desafiam o desempenho das funções parentais, muito pelo receio da aquisição complexa de competências e saberes, que é necessária para que os pais cuidem e protejam a criança e desenvolvam afetos por ela, podendo em alguns casos comprometer o desempenho do papel parental. Durante a Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing em 1995, foi aconselhada a inclusão dos homens no âmbito das investigações, intervenções e discussões na área da saúde sexual e reprodutiva, até à altura centradas quase exclusivamente nas mulheres (Comissão para Igualdade de Género, 2013). Este tema ainda é pouco discutido existindo uma carência de estudos e ações voltadas para a saúde deste grupo sendo preciso ser incentivado pelo EEESMO. Sabe-se que um maior envolvimento paterno na gravidez pode trazer benefícios em termos de saúde tanto para os homens, como para as mulheres e crianças. O apoio psicológico e emocional prestado pelo pai à mulher durante a gravidez, pode reduzir a dor, o pânico e a exaustão durante o parto (World Health Organization (WHO), 2007). Sabe-se também que a participação do homem desde o início da gestação é crucial para a preparação do exercício da paternidade bem como para a relação conjugal saudável. Considera-se que a paternidade não é somente uma construção sócio - cultural, é também um processo que envolve todo o historial de vida do homem, incluindo as experiências pessoais, a sua condição psicológica, os antecedentes relacionais com o seu pai e a sua mãe, bem como enquanto filho (Silva et al, 2012).

O relatório “*Recommendations on Health Promotion Interventions for Maternal and Newborn Health*” inclui o envolvimento do homem como uma das recomendações primordiais para a saúde da mulher e do RN (WHO, 2015). Embora os estudos comprovem os benefícios descritos, as instituições de saúde na Europa têm dificuldade em atrair e aumentar o envolvimento dos pais em todo o ciclo gravídico – puerperal, o que significa que a maioria dos homens recebe menos informação e apresenta lacunas na transição para a parentalidade comparativamente às mulheres (WHO, 2007). Os profissionais de saúde manifestam dificuldades em alcançar alguns grupos de pais nomeadamente os pais imigrantes, os pais com baixo nível socioeconómico, os pais adolescentes e os pais em negação/ausentes por gravidez indesejada. A identificação precoce destes grupos irá beneficiar os resultados de saúde de muitos pais e crianças (Rodrigues, 2014). Nos últimos anos tem-se vindo a assistir a um envolvimento progressivo dos homens na gravidez, no parto e pós-parto, contribuindo para um bem-estar emocional da mulher tal como já foi referido. Cabe ao EEESMO compreender as mudanças que ocorrem no seio familiar e a importância do processo de transição para a parentalidade para que possam investir num acompanhamento regular e comprometido aos homens, de modo a ajudá-los a assumir a paternidade da melhor forma, sendo agentes de mudança de comportamentos nesta área.

O EEESMO é o profissional de saúde que mais contacta com a tríade mãe/RN/pai, detendo competências específicas que promovem o envolvimento dos pais na gravidez e na formação do casal. Portugal apresenta legislação que garante o direito à mulher de ser acompanhada por alguém à sua escolha durante todas as fases do trabalho de parto, direito este estabelecido desde 1985 na Lei n.º 14/85 de 6 de Julho, e incorporado na Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto (alterada pela Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro) e, posteriormente, em 2014, na Lei n.º 15/2014 de 21 de Março que consolida os direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde. A Circular Normativa n.º 4 DSPCS, de 28/01/2000, da Direção-Geral de Saúde (2000, p.1), direccionada às “Visitas e Acompanhamento Familiar a Doentes Internados” refere, ainda, que “O acompanhante deve ser estimulado a colaborar na prestação de cuidados (...) mas sempre sob orientação e supervisão dos profissionais de saúde.”

Em 1985, a World Health Organization a partir da Conferência “*Appropriate Technology for Birth*” recomendou a presença de um acompanhante à escolha da parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (WHO, 1985). Em 1996, com base nas evidências científicas, essa prática foi classificada no “*Care in normal birth: a practical guide*, na categoria A – práticas que são claramente úteis e devem ser encorajadas (WHO, 1996). Em 2018 através do “*WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*” volta a reforçar a importância da presença de um acompanhante à escolha da parturiente, sendo a maioria das vezes o pai (WHO, 2018).

A adoção desta recomendação, pelas instituições de saúde, possibilita que todas as mulheres tenham o apoio do pai, promovendo a parentalidade. A nossa própria legislação tem vindo a sofrer alterações em prol das transformações sociais e culturais da sociedade, embora muitas vezes a reduzida flexibilidade na relação trabalho/casa e o receio de serem prejudicados a nível profissional leve os pais à não reivindicação dos seus direitos (Rodrigues, Domingues, Duarte & Franco, 2010).

O pai desempenha um apoio fundamental, constituindo uma base de apoio e de segurança para a parturiente reforçando ao mesmo tempo a identidade do homem e reduzindo a sensação de exclusão. Alguns homens desejam compartilhar o momento do nascimento do seu filho para vivenciar a emoção de ser pai e permanecer com sua parceira, contudo essa vontade por vezes nem sempre é respeitada devido às desigualdades institucionais e à conduta profissional, tornando-se cada vez mais imprescindível defender a presença do homem como uma necessidade e prioridade para o bem-estar do casal e da família. Na etapa do pós-parto o pai também desempenha um papel fundamental uma vez que a sua participação nos cuidados ao recém-nascido proporciona uma interação precoce favorecendo o crescimento saudável da criança (Pousa, 2013). Tal como já foi mencionado anteriormente o desempenho eficaz da parentalidade atua na promoção da saúde e bem-estar da criança, e a negligência ou ausência deste desempenho, pode influenciar negativamente o desenvolvimento físico e emocional da criança, resultando em problemas de saúde e sociais. Em relação ao resultado do processo de transição, Soares (2008) reforça ainda que os pais com maior auto-eficácia geralmente estão mais satisfeitos com a sua parentalidade e cuidam mais eficazmente dos seus filhos, resultando num melhor desenvolvimento físico,

emocional e cognitivo da criança. Em 2016 após o Orçamento de Estado surgiram algumas mudanças na Lei da Parentalidade (Lei n.º 120/2015 de 1 de Setembro), nomeadamente em relação ao período de tempo a ser gozado pelo pai. Na licença da parentalidade partilhada, continua a ser possível requerer a licença de maternidade para 180 dias, subsidiada em 83% do salário bruto. Poderá atingir um valor de 100% caso a licença tenha a duração de 5 meses desde que, após o gozo das 6 semanas obrigatórias pela mãe, tanto o pai como a mãe gozem, cada um e em exclusivo, um período de 30 dias consecutivos ou dois períodos de 15 dias consecutivos. Se não existir partilha da licença de parentalidade, é subsidiado em 100% os 120 dias meses de licença e em 80% os 150 dias. Deste modo a licença exclusiva da mãe é atribuída por um período de facultativo de 30 dias antes do nascimento e de 6 semanas obrigatórias depois do parto (Instituto de Segurança Social, 2018).

Ainda nestes casos da lei da parentalidade não partilhada, de acordo com a última atualização da lei, o pai tem direito a 15 dias úteis obrigatórios de licença após o nascimento do filho acrescidos por um período facultativo de 10 dias úteis, perfazendo num total de 25 dias. Dos primeiros 15 dias obrigatórios, os primeiros 5 dias são seguidos e gozados imediatamente a seguir ao nascimento e os outros 10 dias têm que ser gozados nos 30 dias após o nascimento, podendo ser seguidos ou não. A licença de 10 dias úteis facultativos deve ser gozada em simultâneo com a licença parental inicial da mãe (Instituto de Segurança Social, 2018).

A licença de parentalidade contínua pode ser alargada por um período de mais 6 meses desde que volte a ser partilhada e gozada imediatamente a seguir à licença de parentalidade inicial ou seja 3 meses para o pai e 3 meses para a mãe. Contudo se este pedido de prolongamento for feito apenas por um dos progenitores, a licença é prolongada apenas por três meses. Nestes casos, o governo comparticipa com 25% do salário bruto do progenitor (Lei n.º 120/2015 de 1 de Setembro). Em Maio de 2017 o executivo liderado pelo atual primeiro-ministro apresentou à Concertação Social uma proposta de aumento da licença de paternidade para 20 dias obrigatórios, este alargamento do período obrigatório da licença do pai será acompanhado também por uma diminuição de 5 dias do período facultativo, pelo que a duração total da licença de parentalidade do pai manter-se-á nos 25 dias úteis (Jornal Público, 2017). A alteração à lei promove maior conciliação

da vida familiar com a profissional após o nascimento de um filho, incentiva a partilha de responsabilidades e a igualdade dentro da família, reforça a proteção social e cria melhores condições para o desenvolvimento integral das crianças. A 20 de Abril de 2016 surge o Projeto de lei n.º 177/XIII (1.ª) que vem reforçar os direitos de maternidade e de paternidade.

Reconhecer e reforçar os direitos do pai é crucial, contudo não podem ser traçados com a intenção de substituição ou diminuição dos direitos da mãe, pois o objetivo final é a responsabilização da mãe e do pai de igual forma e sempre numa visão de respeito pelos direitos de igualdade entre mulheres e homens. Segundo a Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2016) os pais que: se dedicam aos cuidados dos filhos tendem a envolver-se mais no seu desenvolvimento; cooperam na educação dos filhos e atividades familiares, têm crianças fisicamente, cognitivamente e emocionalmente mais saudáveis; interagem mais com os filhos manifestam melhor saúde física e mental e maior satisfação com a vida; utilizam a licença de paternidade executam mais tarefas relacionadas com os cuidados de higiene do recém-nascido e no apoio no aleitamento materno/alimentação. Segundo o relatório da OECD (2016) são poucos os homens que utilizam o seu direito à licença parental na totalidade. É inquestionável a importância da licença parental uma vez que beneficiam especialmente as crianças além das mães e dos pais. A OECD (2016) em modo de recomendação refere que os acordos de licença parental deveriam ser flexíveis, ou seja, os pais com dificuldade em parar de trabalhar completamente, poderiam ter como solução uma licença a tempo parcial ao mesmo tempo que cuidavam dos filhos levando deste modo a uma diminuição do impacto financeiro.

1.3. Envolvimento do pai na gravidez

Planear uma gravidez é condição essencial para uma vivência da gestação de forma saudável, levando ao desenvolvimento eficaz das tarefas próprias da paternidade e ao envolvimento do pai durante a gravidez e no nascimento do RN. Atualmente existe um maior envolvimento do pai no acompanhamento da gravidez da sua parceira, sendo considerado como fundamental e insubstituível, e comparativamente ao pai da geração anterior é descrito como mais afetivo, pró-

ativo, envolvido, comunicativo, compreensivo e democrático (Ferreira, Laia & Néné, 2010).

É importante referir que ser mais envolvido não é sinónimo de ser presente uma vez que o pai pode estar presente nas consultas de vigilância da gravidez e não estar envolvido por se tratar de uma presença imposta quer pela família ou pela parceira, e por outro lado estar envolvido, sem estar presente por condicionantes laborais, através da entrega emocional manifestando interesse e procurando saber informações acerca de todas as fases da gravidez bem como acerca dos sentimentos e bem-estar da parceira.

Segundo Ferreira, Laia & Néné (2010, p.23) citando May e Perrin (1985), “(...) o grau de envolvimento paterno depende de fatores como: a personalidade, expectativas do papel sexual, experiência prévia com serviços hospitalares e do facto de a gravidez ter sido planeada, desejada e aceite. “

Além destes fatores é importante referir que o envolvimento do pai está intimamente ligado ao seu grau de motivação, aos seus valores, aos seus hábitos bem como é influenciado pela cultura em que se insere, pela relação conjugal/mãe do RN existente e pela história de envolvimento do seu próprio pai durante a sua infância.

A aceitação da gestação por parte do pai pode ser influenciada pela adaptação às exigências das novas tarefas, funções e responsabilidades. O desejo de ter um filho é o ímpeto para o processo de envolvimento paterno durante a gestação. Por vezes surge ansiedade no casal devido ao facto da gravidez não ser controlada pelo pai. A imagem do pai ideal passa por um homem que apoia convictamente a parceira e que se encontra tão envolvido emocionalmente quanto ela na gravidez, bem como participa nas consultas pré-natais, nas ecografias e nos cursos de preparação para o nascimento (Ferreira, Laia & Néné, 2010).

1.4. Envolvimento do pai no parto

A vivência do parto é encarada como um acontecimento intenso e uma experiência única na vida do casal, existindo uma mistura de sentimentos com a chegada do novo membro da família, sendo necessário que o EEESMO, esteja preparado para proporcionar ao casal uma experiência positiva. A presença do pai na sala de partos, tem efeitos positivos na construção do vínculo entre o pai e o

recém-nascido, assim como, no estímulo à mulher no momento de parir, contribuindo para a diminuição das intercorrências no TP bem como permite para alguns pais uma transição pacífica para a parentalidade (Perdomini & Bonilha, 2011).

Segundo Ribeiro & Lopes (2006) a presença do pai na sala de partos permite ainda a harmonização da tríade e evita a desagregação familiar.

No século XX o ocidente sofreu enormes alterações sociais que se traduziram num maior envolvimento do pai no processo de gravidez e de parto com positivas repercussões nas relações familiares (Mazzieri & Hoga, 2006). Em Portugal foi com a publicação da Lei n.º 14/85 de 6 de Julho que se deu em parte uma mudança na mentalidade paterna relativamente ao seu envolvimento, uma vez que conferia o direito à mulher grávida de ser acompanhada no decorrer do trabalho de parto. Os pais ao assistirem ao nascimento do filho vivem experiências positivas traduzidos pelo suporte emocional e físico que proporcionam à grávida e pelo envolvimento emocional precoce com o filho (Tomeleri, Pieri, Violi, Serafim & Marcon, 2007).

O apoio emocional configura-se no aproximar-se da parturiente de forma carinhosa, dizer palavras de encorajamento e fazer elogios, enquanto que o apoio físico ocorre por meio de toques, de massagens, de cooperação na deambulação e mudanças de posição, com vista ao conforto físico da mesma (Motta & Crepaldi, 2005). Para Ribeiro (2005) após o nascimento, o pai passa pela confrontação do bebé real versus bebé imaginário sendo um momento único no processo de vinculação. Surge aqui uma oportunidade para o EEESMO de proporcionar ao pai momentos exclusivos na prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido. Tal como já foi referido o nascimento é sempre um momento especial para os pais, e a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto já é desde há muito tempo prevista nas maternidades nacionais. Deste modo com o objetivo de proporcionar essa mesma proximidade ao futuro pai ou outra pessoa significativa durante a execução de uma cesariana, surgiu o Despacho n.º 5344-A/2016 de 19 de Abril para estabelecer as medidas e os procedimentos necessários do ponto de vista da segurança da grávida e da criança, para a sua execução.

É importante referir que apesar de existirem inúmeras vantagens no envolvimento do pai no parto, nem todos se sentem capacitados ou preparados para presenciar o nascimento do seu filho bem como nem todas as parturientes assim o

desejam, pelo que não deve ser imposto, podendo correr o risco de se tornar uma experiência negativa para ambos, pelo que a decisão deve ser livre e tomada em consciência pelo casal. O EEESMO deve sempre lutar no sentido de minimizar os sentimentos negativos vividos pelo casal, pois ambos devem viver o nascimento do filho na sua plenitude, e para isso deve informá-los acerca da evolução do trabalho de parto e todos os procedimentos comuns, deve escutá-los ativamente de formar a tranquiliza-los e deve envolve-los nos cuidados ao filho. Por vezes pela contingência da instituição de saúde o EEESMO deve negociar com equipa a participação do pai durante parto, com fundamentação científica adequada (Mazzieri & Hoga, 2006).

1.5. A intervenção do EEESMO no envolvimento do pai

O EEESMO é o profissional de saúde segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015) detentor de competências específicas capaz de intervir de forma diferenciada na prestação de cuidados e no apoio aos pais no decorrer do processo de gravidez e parto, tendo sempre em conta as suas expectativas e os seus desejos. É imperioso que cada EEESMO reflita sobre a sua prática de cuidados individuais, sobre as práticas de cuidados no seu local de trabalho e assuma “atitudes e comportamentos profissionais diários que revelem independência, responsabilidade, conhecimento, respeito e dignidade” de modo a desenvolver um papel crucial nomeadamente no envolvimento do pai (OE, 2015, p.18).

Os pais podem tornar-se parceiros na prestação de cuidados do EEESMO à grávida e parturiente, deste modo no período pré-natal o EEESMO assegura “(...) a inclusão dos homens, para fazê-los sentirem-se protagonistas, gerar responsabilidade conjunta pela criança que vai nascer, apoiar a mãe, construir uma ligação entre o homem e seu/sua futuro/a filho/filha, apropriando-se de seu papel paterno” (Instituto Promundo, 2015, p. 46).

No período pré-natal o EEESMO deve promover a participação dos pais em atividades relacionadas com a gravidez que vão desde a sua vigilância até aos preparativos para o nascimento, bem como promover a tranquilização e o apoio emocional dado à grávida pelo pai (Rodrigues, 2014). O EEESMO pode ainda promover junto dos pais, tal como Morais & Almeida (2013) referem, o procurar sentir os movimentos do seu filho tocando e acariciando a barriga da esposa, o

acompanhar a grávida nas consultas de vigilância de gravidez e na realização das ecografias e na participação da preparação do enxoval ou do quarto do bebé.

Deste modo, é importante que o EEESMO promova a presença dos pais nas consultas de vigilância de gravidez e/ou nos cursos de preparação para o nascimento, para divulgar a importância do seu envolvimento no processo de gravidez e parto e os apoie no seu processo de adaptação e transição para a parentalidade. Da mesma forma que o EEESMO promove o envolvimento dos pais na gravidez deve promover também no parto, onde o homem desempenha uma figura essencial (Rodrigues, 2014). A presença do pai no trabalho de parto deve ser uma decisão do casal, e para que seja uma decisão informada, o EEESMO deve explicar ao pai todos os estádios do trabalho de parto bem como a sua atuação proporcionando um maior envolvimento do mesmo (Morais & Almeida, 2013).

Deste modo o pai pode incentivar, proporcionar conforto, carinho, confiança e apoio à parturiente no sentido do controlo da dor através da aplicação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor. O pai pode ainda ser um intermediário entre a mulher e o EEESMO, pois saberá mais do que ninguém quais as suas necessidades e desejos. Durante o parto e pós-parto imediato o EEESMO deve ainda proporcionar a possibilidade do pai cortar o cordão umbilical, incentivar o contato pele a pele pelo pai caso exista impossibilidade da puérpera de o fazer ou exista uma recusa por parte desta bem como envolver o pai nos cuidados ao recém-nascido, apoiando-o sempre na transição para a parentalidade (Rodrigues, Domingues, Duarte & Franco, 2010).

2. MODELO CONCEPTUAL DE AFAF MELEIS – TEORIA DAS TRANSIÇÕES/ QUADRO DE REFERÊNCIA PARA A PRÁTICA

O processo de gravidez e a transição para a parentalidade exige inúmeras adaptações dos futuros pais, por esse motivo o modelo conceptual escolhido para orientar a prática de cuidados é o modelo explicativo da Teoria das Transições de Meleis: Teoria de médio alcance. A teoria surgiu na década de 60 com a Enf.^a Afaf Ibrahim Meleis e foi construída com recurso à investigação acerca do planeamento familiar e aos processos que envolviam a formação da mulher e homem enquanto mãe e pai bem como a formação dos papéis parentais. Posteriormente os seus interesses de investigação foram as intervenções de enfermagem facilitadoras do processo de transição para a parentalidade e o estudo das pessoas que não conseguiam realizar transições saudáveis (Alligood, 2013). A transição é o conceito central da enfermagem, podendo decorrer de ações voluntárias da pessoa ou corresponder a fenómenos inesperados. As transições são conseguidas através de acontecimentos críticos e mudanças nos indivíduos/ ambientes (Meleis, 2010).

Meleis (2010) define a transição como a passagem de um estado muito estável para outro estado muito estável, sendo um processo impulsionado por uma mudança e requer por parte da pessoa, a incorporação de conhecimentos, modificação da definição do *self* bem como do seu comportamento. O enfermeiro desempenha um papel fundamental na identificação das respostas humanas em relação a estes processos, quer sejam considerados patológicos ou fisiológicos, crucial para a formulação de diagnósticos de enfermagem tendo em conta necessidades de cada pessoa. As transições implicam por parte do enfermeiro um cuidado transacional, cuidado este que se molda à individualidade de cada pessoa, e que promove a consciencialização dos processos de transição bem como a capacitação da pessoa no restabelecimento do equilíbrio e da estabilidade física e psicológica.

A Teoria das Transições apresenta três domínios: a natureza das transições (tipos, padrões e propriedades), as condições facilitadoras e inibidoras da transição (pessoais, comunidade e sociedade); e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) comuns aos processos de transição e que guiam as terapêuticas de enfermagem. Em relação à natureza as transições podem ser de diferentes tipos: desenvolvimental, situacional, saúde/doença e organizacional. Os

padrões são definidos como: únicos; múltiplos; sequenciais; simultâneos; relacionadas ou não. As propriedades que são essenciais às experiências de transição são: a consciencialização (relacionada à percepção e reconhecimento de uma situação de transição), o envolvimento (o grau de envolvimento da pessoa na procura de informações e a proatividade), a mudança (alterações das ideias, percepções, identidades, relações e rotinas) e a diferença (expectativas não atendidas ou divergentes), o intervalo de tempo e os eventos e pontos críticos. Nas condições facilitadoras e inibidoras é anunciado o conceito de Pessoa, relacionado com a Sociedade e Comunidade (Meleis, 2010). Em relação à pessoa são considerados: os Significados atribuídos aos eventos que levam à transição (neutros, positivos e negativos), as Crenças culturais e atitudes (expressão de emoções), o Status Socioeconómico (nível mais baixo é considerado mais vulnerável a sintomas psicológicos) e Preparação e conhecimento (facilita a transição). As condições da sociedade e da comunidade nomeadamente a existência de suporte familiar e social podem também influenciar a transição (Meleis, 2010).

O terceiro domínio da teoria são os Padrões de resposta, que durante e depois do processo de transição, são denominados de indicadores de processo e resultados e permitem confrontar os conhecimentos adquiridos, avaliar os recursos que cada pessoa possui, mobilizar e desenvolver novas competências. Os indicadores de processo compreende o sentir-se ligado, o Interagir, a localização e o sentir-se situado e desenvolver confiança e *Coping* (recurso a mecanismos para uma melhor adaptação ao novo contexto). Os indicadores de resultados organizam-se em mestria (aquisição de informação, procura de suporte social, a manutenção/desenvolvimento de relações sólidas) e Reformulação de Identidade (incorporação de novos comportamentos, experiências e competências (Meleis, 2010).

A Teoria das Transições permite ao enfermeiro uma melhor compreensão do processo de transição do pai, tendo uma visão mais completa e profunda, permitindo-lhe desenvolver estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que está a vivenciar pois enquanto decorre a transição para a parentalidade do casal, ocorre simultaneamente a transição para a paternidade (Meleis, 2012).

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

3.1. *Scoping Review*

A prestação de cuidados baseada na evidência é reconhecida como uma competência fundamental para os profissionais de saúde, a acessibilidade à melhor evidência e o seu uso constante é hoje considerado como recurso *major* da aprendizagem de excelência.

Deste modo no âmbito da na Unidade Curricular de Opção, delineou-se um projeto a desenvolver no Estágio com Relatório baseado na metodologia *Scoping Review*. O título atribuído a esta revisão designa-se por: Envolvimento do Pai na Gravidez e Parto: Intervenções do Enfermeiro Especialista – a *Scoping Review*.

Para o projeto a implementar neste EC, utilizou-se a metodologia *Scoping Review* de acordo com The Joanna Briggs Institute (JBI) e no modelo PRISMA. Com a *Scoping Review* pretende-se realizar o mapeamento da melhor evidência científica que responda à questão de investigação formulada (Peters, Godfrey, McInerney, Soares, Khalil & Parker, 2015, 2017).

Para o desenvolvimento do método de pesquisa, foi necessário alcançar 6 fases. A primeira fase consistiu na realização de pesquisa nas bases de dados de literatura cinzenta. A segunda fase consistiu na formulação da questão norteadora através da menmonica PCC, em que P corresponde à população, C ao conteúdo e C ao contexto. A terceira fase consistiu na procura dos artigos e seleção nas bases de dados através dos descritores e palavras-chaves. Na quarta fase foram selecionados os estudos e na quinta fase foi preenchida uma lista de verificação de avaliação crítica dos estudos, na sexta fase e última fase foi preenchido um modelo de análise e extração dos dados (Apêndice I) segundo Peters et al. (2017).

Nesta *Scoping Review*, para nortear a pesquisa foi formulada a seguinte questão de investigação: **“Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista que promovem o envolvimento do pai na gravidez e parto?”**

Para a construção da pergunta utilizou-se o PCC, sendo definidos como:

P - intervenções do Enfermeiro Especialista;

C - que promovem o envolvimento do pai na gravidez e parto;

C - implícito

A pesquisa foi realizada no período de Maio a Julho de 2017, tendo sido reformulada de Março a Julho de 2018. Os critérios de inclusão e exclusão, devem respeitar a mnemónica anteriormente descrita, no sentido de direccionar a pesquisa para a evidência relevante e que dê resposta à questão levantada. Os **critérios de inclusão** delimitados para esta *Scoping Review* foram: (1) estudos em inglês, português e espanhol, (2) estudos publicados após o ano 2012, (3) estudos que respondiam à questão formulada. Os **critérios de exclusão** delimitados foram a existência de estudos sem relação com a questão de pesquisa e que se encontrem duplicados nas diferentes bases de dados.

A **estratégia de pesquisa** dos artigos incluiu a pesquisa na plataforma EBSCO Host e nas bases de dados MEDLINE With Full Text e CINAHL Plus With Full Text dos termos naturais, com o intuito de encontrar os descritores específicos (termos indexados) de cada base de dados. Depois de encontrados os descritores, foram relacionados com os operadores booleanos “AND” (entre descritores relativos a diferentes palavras-chave) e “OR” (entre descritores relativos às mesmas palavras-chave), obtendo-se assim uma lista de artigos resultantes da pesquisa.

Deste modo as estratégias de pesquisa usadas nas bases de dados eletrónicas (frases booleanas e filtros ativados) foram os seguintes:

- **MEDLINE: Frase booleana:** [(MM "Midwifery") OR "midwifery" OR (MM "Nurse Midwives") OR (MM "Advanced Practice Nursing")] AND [(MM "Fathers") OR "fathers" OR (MM "Father-Child Relations")]; **Filtros ativados:** **Limitadores:** Data de publicação de: 2012/01/01- 2018/07/22; **Modos de pesquisa:** Booleano/ Frase.
- **CINAHL: Frase booleana:** [(MH "Pregnancy+") OR "pregnancy"]AND [(MM "Expectant Fathers") OR (MH "Fathers+") OR "fathers"] AND [(MH "Childbirth+") OR "childbirth"]; **Filtros ativados:** **Limitadores:** Data de publicação de: 2012/01/01- 2018/07/22; **Modos de pesquisa:** Booleano/Frase.

Após a estratégia de pesquisa resultaram inicialmente 184 artigos na MEDLINE With Full Text e 213 artigos na CINAHL Plus With Full Text. Seguiu-se uma análise cuidada do título e do resumo dos artigos encontrados. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e analisados mediante os critérios de inclusão e

exclusão estabelecidos. Foi realizado o processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos artigos com recurso ao PRISMA *Flow Diagram* (Figura 1). Após este processo, foram selecionados 2 artigos, 1 de cada base de dados.

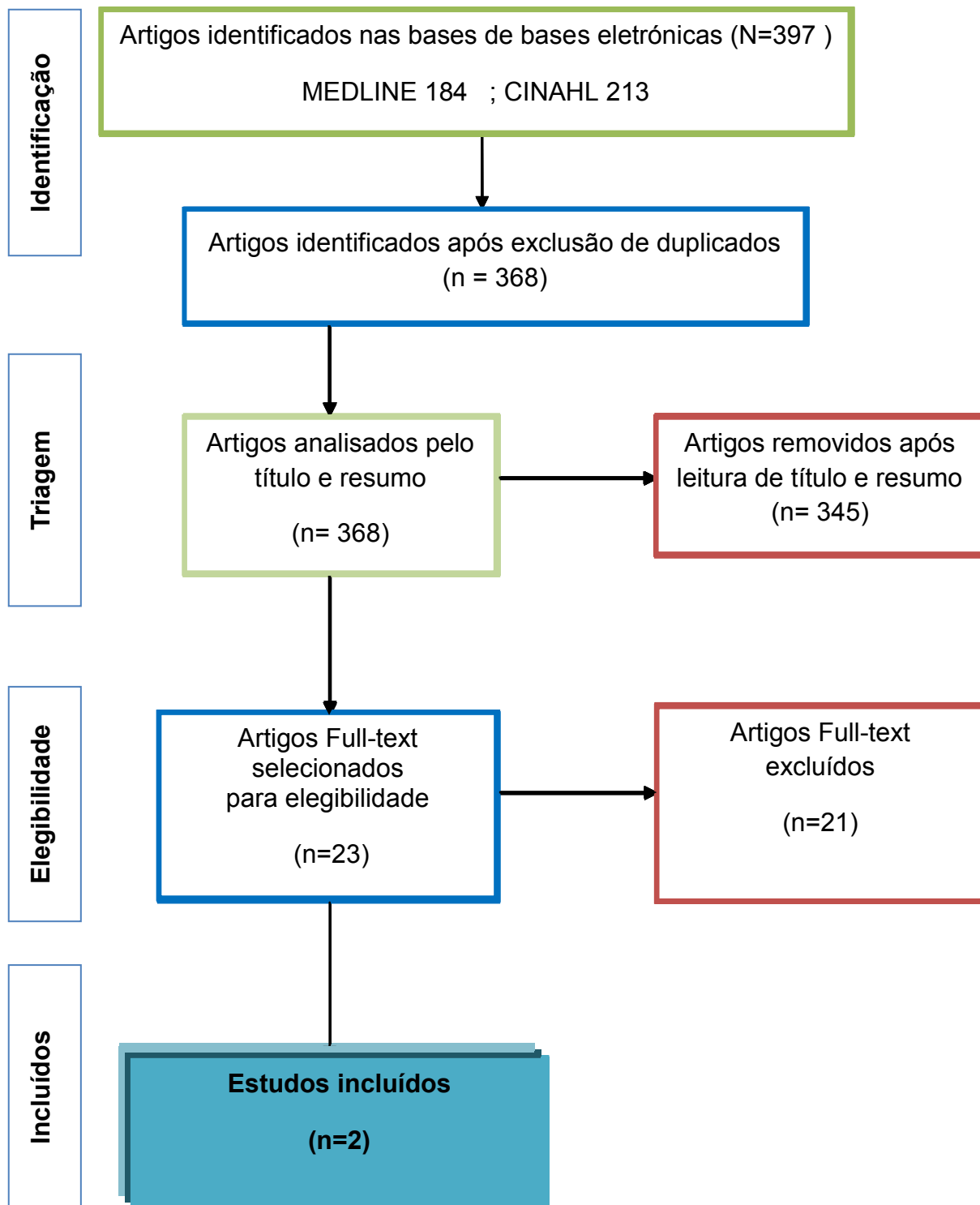


Figura 1 - Processo de identificação e inclusão dos estudos com recurso ao PRISMA *Flow Diagram*

A **análise e extração dos dados** teve por base a construção de uma tabela onde constam o título do artigo, autor, ano de publicação, origem do estudo (país, cidade, região onde o estudo foi publicado ou realizado), objetivos do estudo, metodologia, população do estudo e tamanho da amostra (se aplicável), principais resultados e conclusões encontradas /principais descobertas que se relacionam com a(s) pergunta(s) da *Scoping Review* (Peters et al, 2015, 2017).

A língua da pesquisa foi o Inglês, no entanto, estudos em língua inglesa, portuguesa e espanhola podiam ser incluídos. As publicações consideradas incluem desde o mês de Janeiro de 2012 até metade do mês de Julho de 2018, momento em que se realizou a última pesquisa, limitando esta pesquisa aos estudos mais recentes sobre a temática (últimos 7 anos). A estratégia de pesquisa não foi restringida a qualquer tipo de estudo, sendo incluídos todos os estudos científicos, independentemente do desenho dos mesmos. O processo de elegibilidade dos estudos consistiu numa primeira triagem realizada através da análise dos títulos e resumos dos artigos encontrados. Numa segunda triagem foram analisados artigos através da leitura integral e enquadramento dos mesmos na população, conceitos e contextos padronizados. Foram seleccionados dois estudos (Apêndice I). Deste modo as palavras-chave utilizadas foram fathers, midwifery, childbirth, pregnancy, e os termos indexados utilizados foram Nurse Midwives, Advanced Practice Nursing, Father-Child Relations, Expectant fathers.

3.2. Plano de trabalho e métodos para a prática

Após a *Scoping Review* e pesquisa e consulta de referências bibliográficas na literatura cinzenta, a partir do motor de busca *Google*, bases de dados de livre acesso como o Scientific Electronic Library Online (SciELO), a Biblioteca do conhecimento on-line (B-on) e a *Cochrane Library*, pude concluir que a evidência é verdadeira e relevante, existindo uma relação direta entre o envolvimento do pai na gravidez e parto e a vinculação precoce ao recém-nascido, e que as intervenções do EEESMO, nomeadamente incentivar o pai no corte do cordão umbilical, incentivar o pai nos cuidados imediatos ao recém-nascido ou mesmo no acompanhamento da grávida nas consultas de vigilância, nas ecografias e no curso de preparação para o nascimento, contribuem para que esse envolvimento se dê, com posterior vinculação

e **transição saudável para a parentalidade**, pelo que se deve pensar na aplicabilidade desta evidência na prática dos cuidados ao casal e pai.

Por sua vez os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem apontam para a reflexão por parte do enfermeiro acerca do seu exercício profissional bem como para a melhoria da prestação de cuidados ao cliente.

A qualidade apresenta uma estreita relação com a competência profissional, pois só conseguem prestar cuidados de qualidade os enfermeiros competentes, pelo que a qualidade exige reflexão sobre a prática uma vez que para definir objetivos dos cuidados a prestar é necessário delinear estratégias para os atingir (OE, 2011).

Deste modo é necessário que o EEESMO aposte na promoção do envolvimento do pai na gravidez e parto, uma vez que existe evidência científica que comprova os benefícios quer para o casal quer para ao recém-nascido, e juntamente com as instituições de saúde se comprometa a criar um ambiente favorável à implementação e consolidação de prestação de cuidados especializados de qualidade ao pai e casal e que tornem parte da sua rotina. Segundo a OE (2001) a procura constante do enfermeiro pela excelência profissional, leva-o a querer alcançar os níveis mais elevados de satisfação dos clientes e são elementos importantes dessa satisfação o envolvimento dos conviventes significativos, do cliente, no processo de cuidados, tal como nesta temática.

4. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EEESMO

4.1. Breve caracterização do local do Estágio com Relatório

O Estágio com Relatório decorreu no Bloco de Partos (BP) de um Hospital da margem sul do Tejo e encontra-se inserido, em conjunto com o Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) e o Serviço de Internamento de Patologia da Gravidez, no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia que se situa no 2º piso do Edifício antigo do Hospital. Estes serviços são reconhecidos pela sua qualidade, prestando cuidados diferenciados à população e têm como máxima o acesso por todos, a cuidados eficientes e de qualidade, sem discriminação de etnia, nacionalidade, religião ou situação socioeconómica, garantindo sempre a equidade na prestação de cuidados de saúde.

Este local de estágio permitiu-me desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, recém-nascido, convivente significativo, inseridos numa família e comunidade, potenciando a saúde, detetando e tratando precocemente complicações bem como promover o bem-estar no âmbito ginecológico, pré-natal, nos 4 estádios do trabalho de parto, bem como no apoio ao processo de transição para a parentalidade. O BP tem como missão garantir um atendimento de qualidade e segurança na prestação de cuidados diferenciados à grávida e recém-nascido, e encontra-se equipado com cardiotocógrafos ligados a uma central de monitorização, permitindo deste modo a monitorização permanente e consequente vigilância do bem-estar materno-fetal sem invadir a privacidade da grávida e convivente significativo quando tal não se justifica. Dispõe de equipamento de monitorização por telemetria que permite a livre movimentação da grávida.

A partir da fase ativa do 1ª estágio do trabalho de parto todas as grávidas ficam alocadas a um quarto existindo no total 5 quartos individuais com casa de banho, tendo direito à presença de uma pessoa significativa no decurso do trabalho de parto à escolha da grávida, não podendo após a escolha existir troca no decorrer do TP. O BP possui ainda uma sala operatória para a realização de cesarianas e uma sala de recobro (UCPA) com 2 macas. A equipa de enfermagem do BP

desenvolve a sua prática profissional de uma forma autónoma, em estreita colaboração e interdependência com os restantes profissionais do serviço, sustentados por uma base científica sólida e por normas e regulamentos internos que estão bem definidos bem como incorpora na sua prática de cuidados as recomendações da WHO (2018) promotoras do parto normal “ *Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*” de modo a garantir o bem-estar materno-fetal.

Todas as utentes que recorrem ao SUOG passam primeiramente pela triagem realizada pelo EEESMO e são observadas posteriormente em salas de observação individuais, respeitando sempre a sua privacidade. No SUOG cada utente que se encontra em observação também têm direito à presença de um convivente significativo, contudo quer no BP quer no SUOG os acompanhantes só podem circular nas zonas autorizadas e quando necessitam de se ausentar do serviço têm de se fazer acompanhar sempre de uma enfermeira ou assistente operacional.

4.2. Descrição e Análise dos objetivos delineados para o estágio com Relatório

Objetivo 1. Desenvolver capacidade de análise crítica e reflexiva sobre as intervenções do EEESMO na promoção do envolvimento do pai no processo de gravidez ao longo dos Ensinos Clínicos com base na evidência científica para a aquisição de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito da saúde materna, obstétrica e ginecológica.

Para desenvolver a capacidade de análise crítica e reflexiva sobre as intervenções do EEESMO utilizei como recurso ao longo dos Ensinos Clínicos o Ciclo Reflexivo de Gibbs, instrumento extremamente importante e útil que constituiu um alicerce para a minha reflexão contínua da prática de cuidados.

Na prática de enfermagem pretende-se que os enfermeiros desenvolvam reflexões inerentes à prestação de cuidados, porque segundo Rebelo (1996, p.16) “a teoria sem a perspetiva de resolução na prática é estéril, mas a prática sem a teoria é cega”. Deste modo enquanto futura EEESMO faz todo o sentido ser uma constante diária a reflexão em torno da minha prática de cuidados à mulher, no

âmbito do ciclo reprodutivo mais concretamente no processo de gravidez, como ser único, com dignidade própria e direito à autodeterminação, e compreendê-la no seu todo, tendo em conta sempre as suas relações interpessoais com as pessoas significativas, bem como com o ambiente em que está inserida. Contudo a minha reflexão em relação à minha prática de cuidados teve também como foco o pai em todo o processo de gravidez e foi transversal a quase todos os EC. O desenvolvimento da capacidade de análise e reflexão sobre as intervenções do EEESMO levou-me por sua vez à aquisição de competências.

Nunes & Nunes (2016, p.6) cita Pires (1994) que considera competência como “ (...) conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da ação, adquirida ao longo do tempo de forma empírica, não sistematizada, que se manifesta em situações concretas de trabalho”.

Deste modo os saberes que devem integrar o perfil de competências dos enfermeiros são: o saber (dominar conjunto de conhecimentos gerais e especializados); o saber - fazer (conjunto de conhecimentos relacionados com o desenvolvimento de capacidades, no que diz respeito à utilização de instrumentos e métodos); o saber - ser (atitudes e comportamentos dos indivíduos em contexto de trabalho); e o saber - aprender (a atualização permanente) (Nunes & Nunes, 2016).

A competência é um constructo teórico pessoal e singular, que permite à pessoa mobilizar diversos conhecimentos prévios, seleccioná-los e integrá-los, administrando situações complexas e instáveis que impõem a necessidade de distanciamento, da metacognição, à tomada de decisão bem como à resolução de problemas em relação a uma situação (Nunes & Nunes, 2016).

É também vista como um conjunto de conhecimentos, motivações, valores e ética, atitudes, e emoções, compreendendo componentes sociais e comportamentais que podem ser mobilizadas para produzir uma ação eficaz (Dias, 2010). Em suma a aquisição de competências promove a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem especializados nomeadamente na área da saúde materna, obstétrica e ginecológica. Nesta perspetiva, segundo o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro o enfermeiro especialista é o profissional a quem são reconhecidas as competências para prestar cuidados gerais de enfermagem bem como cuidados específicos na sua área clínica de especialidade pelo que a sua atuação tem em consideração “ (...) as respostas humanas aos processos de vida e

aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” o que significa que os cuidados de enfermagem são assegurados pelo enfermeiro de cuidados gerais e pelo enfermeiro especialista.

A Ordem dos Enfermeiros (2001. p. 11), refere ainda que “ (...) os Cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue.” pelo que o EEESMO assume função preponderante na promoção do envolvimento do pai na gravidez e consequentemente na sua **transição saudável** para o novo papel de pai. Deste modo a pesquisa e consulta de referências bibliográficas, a realização da *Scoping Review* e as Conversas com os EEESMO sobre as suas experiências na promoção do envolvimento do pai na gravidez foram as atividades que serviram de ponto de partida para a concretização do presente objetivo.

Durante os EC III tive oportunidade de realizar visitas domiciliárias a uma grávida adolescente bem como a puérperas, apesar das últimas não serem o foco do projeto foram importantes na perceção do envolvimento do pai no puerpério e na deteção de lacunas existentes no seu envolvimento constituindo informação pertinente para abordar durante o processo de gravidez e parto nos restantes EC. Para a realização das visitas foi à priori elaborado por mim um guião de visita para recolha de dados relativos à puérpera, RN e pai. Ainda durante o EC III foi-me proposto a realização de apresentações direcionadas à grávida com inclusão do pai no decorrer do curso de preparação para o nascimento e a parentalidade e uma delas foi exclusivamente direcionada ao pai intitulada “*Vou ser pai e agora? Promover a paternidade*” com o objetivo geral de promover o envolvimento do pai no processo de gravidez, parto e puerpério (Apêndice II). Como objetivos específicos pretendia-se informar o pai sobre: os benefícios da paternidade comprometida e ativa, a importância do seu envolvimento do processo de gravidez, o acompanhamento da grávida durante o trabalho de parto, os direitos de parentalidade e paternidade e a importância do seu envolvimento no processo de pós-parto e amamentação. Esta sessão teve a assistência de 5 casais, onde se propôs ao casal no final uma reflexão com recurso a um jogo. Neste jogo foi lançada a pergunta “ que tipo de pai quero ser?”, ao qual tanto a grávida como o pai teriam

de afixar num placar a sua resposta através de imagens em desenho animado, de um pai com o seu filho tendo incorporado diversas atividades, personificadas nas seguintes frases: Pai casaco, pai travão, pai seta, pai escadote, pai doutor etc.. (Martins & Carvalho, 2006).

Estas frases personificavam essas atividades, pelo que passo a exemplificar: temos o pai casaco que protege os filhos da chuva, o pai travão que não os deixa cair, o pai seta que os manda para a cama ou de castigo, o pai escadote que os deixa ver um pouco mais alto, ou o pai doutor que cura tudo (ou quase tudo) com um beijinho entre outros. Com esta interação pretendeu-se que cada casal e em especial o pai realiza-se uma introspeção e conclui-se que o pai é sem dúvida uma peça fundamental e muito especial no desenvolvimento de uma criança ao longo da sua vida. O pai através de um truque de magia, será capaz de se enrolar, desenrolar, encolher e esticar pelo seu filho. Foi também realizado ainda um *folder* dirigido ao pai que contemplava as informações mais importantes explanadas na apresentação para ser facultado nas consultas de vigilância de gravidez na Unidade Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) onde decorreu metade do EC III e no curso de preparação para o nascimento e parentalidade da Unidade de Saúde Familiar (USF) onde decorreu a outra metade do EC III (Apêndice II) .

O desenvolvimento desta atividade foi sem dúvida uma das mais gratificantes e importantes para o alcançar dos objetivos propostos, onde pude contribuir e intervir enquanto futura EEESMO na promoção do envolvimento do pai no processo de gravidez e consecutivamente para a sua **transição saudável para a parentalidade**. O *feedback* por parte dos pais foi positivo, tendo a maioria manifestado no final da sessão que se deveria apostar mais para os cursos de preparação para o nascimento este tipo de interação bem como abordar temas que envolvam a importância do pai. Foi ainda elaborado durante o EC III um jornal de aprendizagem que pretendeu descrever de forma clara e objetiva uma situação vivenciada alvo de reflexão e análise com recurso ao Ciclo Reflexivo de Gibbs. Apesar deste jornal não abordar o envolvimento do pai no processo de gravidez mas sim uma situação de interrupção voluntária da gravidez (IVG), foi importante e enriquecedor para uma reflexão em relação à importância de se apostar na educação para a saúde sexual tal como a Associação para o Planeamento da Família (2017) assim refere, nomeadamente em relação ao papel parental e sexual,

género, família, concepção, gravidez e parto entre outros, bem como trabalhar afetos e a sexualidade desde o pré-escolar até à adolescência para mais tarde realizarem uma **transição saudável para a parentalidade**. Considero que todas as experiências na prática de cuidados são sempre enriquecedoras e apresentam sempre aspetos positivos pois levam à reflexão da prática no sentido de uma melhoria do nosso desempenho.

No EC IV que decorreu no internamento de patologia da gravidez foi preconizado a realização de um estudo de caso que teve como objetivo geral delinear um plano de prestação de cuidados de enfermagem individualizado e especializado à grávida/casal em situação de risco materno-fetal face à identificação das suas necessidades. Como enfermeira e como futura EEESMO fez todo o sentido compreender a fisiologia do sistema reprodutor da mulher bem como aprofundar conhecimentos de patologia associada à gravidez baseados na melhor evidência científica de forma a prestar os melhores cuidados à grávida/ convivente significativo em situação de risco materno-fetal. Este estudo de caso proporcionou-me o consolidar e o aprofundar de conhecimentos contribuindo para o desenvolvimento de competências específicas enquanto futura EEESMO, a par de outras situações clínicas vivenciadas no EC IV, levando-me constantemente à reflexão da minha prática clínica.

Durante o EC IV pude estabelecer parcerias com as grávidas, com respeito pelas suas capacidades e valorizando o seu papel, com vista a ajudá-las a serem proactivas no desenvolvimento do seu projeto de saúde, esta parceira sempre que me foi possível envolveu a pessoa significativa. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), através da publicação do documento Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, na procura pela excelência do exercício profissional, o enfermeiro especialista deverá empenhar-se para capacitar a tomada de decisão e ação da utente, promover o *empowerment* das grávidas /família/ convivente significativo e está explicitamente descrito nas definições de consulta de enfermagem pré-natal, preparação para o nascimento e parentalidade. Ainda no EC IV realizei conversas informais com os casais com o intuito de perceber as suas expectativas face às intervenções do EEESMO na promoção do seu envolvimento na gravidez bem como no parto, para posterior reflexão e adequação da minha prática de cuidados especializados. É

importante ainda referir que a comunicação verbal por si só não é suficiente para estabelecer uma parceria pelo que foi extremamente importante estar atenta à comunicação não-verbal como complemento da informação verbal obtida. Phaneuf (2005) afirma que a comunicação é condição *sin qua non* da qualidade dos cuidados de excelência e também a principal ferramenta terapêutica de que o enfermeiro dispõe. As orientações tutoriais, as auto-avaliações e a análise de práticas na ESEL contribuíram largamente para refletir sobre a minha prestação de cuidados, nomeadamente sobre os aspetos positivos e negativos no decorrer dos EC, as dificuldades sentidas, os aspetos a melhorar, bem como sobre as atividades desenvolvidas para o alcançar dos objetivos, em particular para a promoção do envolvimento do pai no processo de gravidez com vista a uma **transição saudável para a parentalidade**.

Deste modo penso ter alcançado com sucesso este objetivo desenvolvendo capacidade de análise crítica e reflexiva sobre as intervenções do EEESMO na promoção do envolvimento do pai no processo de gravidez ao longo dos EC III e EC IV com base na evidência científica para a aquisição de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito da saúde materna, obstétrica e ginecológica.

Objetivo 2. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida e convivente significativo/família com complicações, que recorrem ao SUOG, durante o período pré-natal promovendo a saúde e o bem - estar materno-fetal

Numa primeira fase do desenvolvimento de competências é importante referir que é extremamente importante conhecer o funcionamento e dinâmica do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. Deste modo importa referir que Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG) é a “ porta de entrada” para as restantes unidades que compõem o Serviço – o Internamento de grávidas e o Bloco de Partos (BP). Quando a grávida recorre ao SUOG faz primeiramente a inscrição na secretaria para posterior triagem de forma ordenada.

A triagem é realizada por um Enfermeiro Especialista, onde existe uniformização de procedimentos e tomada de decisão/atuação centrada em

prioridades, um encaminhamento precoce da pessoa, garantindo uma oferta de cuidados ajustada às necessidades, com maior qualidade e segurança (Direção Geral da Saúde (DGS),2018).

Segundo o Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, o EEESMO está habilitado para diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento (H2.2.), através da realização da triagem. A ICM (2013, 2015) refere ainda através da competência n.º 3 que o EEESMO presta cuidados pré-natais de alta qualidade como vista a maximizar a saúde da grávida e/ou feto durante a gravidez e isso inclui deteção, encaminhamento e tratamento precoce de complicações.

No decorrer do estágio tive oportunidade de numa fase inicial observar o EEESMO na prestação de cuidados à grávida e convivente significativo/família bem como participar com o mesmo na realização da triagem. Numa fase mais avançada pude realizar autonomamente triagens a 13 grávidas acompanhadas do convivente significativo, mas sempre com supervisão, sendo que os motivos de admissão mais comuns estavam relacionados com início de trabalho de parto, nomeadamente com sintomatologia de contratilidade dolorosa e rotura espontânea de bolsa amniótica. Existiram situações de gastroenterites, infeção do trato urinário - pielonefrite, algias abdominais e pélvicas e confirmação de diagnóstico de gravidez. A média de idade das mulheres que recorreram ao SUOG com complicações em período pré-natal e às quais prestei cuidados individualizados e especializados de enfermagem, foi de 27 anos.

Durante o acolhimento à grávida no SUOG tive sempre em consideração a minha apresentação enquanto estudante do CMESMO e a explicação dos procedimentos, ao mesmo tempo que promovia a privacidade, empatia e relação de confiança e ajuda com a grávida e convivente significativo. Estabelecer uma relação de ajuda é crucial uma vez que segundo Mendes (2006) trata-se de um instrumento do processo de cuidados de enfermagem que contribui para a qualidade e a eficácia dos cuidados de saúde que se presta à pessoa, à família ou à comunidade

É importante referir que durante a triagem aplica-se o processo de enfermagem, no qual se utilizam instrumentos básicos de enfermagem tal como a relação de ajuda, a observação, a comunicação, a entrevista, o trabalho em equipa e os registos (Cruchinho, 2009).

O processo de enfermagem é a base para a prestação de cuidados de enfermagem efetivos, e como é sabido incluiu desde a avaliação inicial/recolha de dados, ao planeamento, implementação/intervenção e avaliação dos cuidados prestados e encontra-se devidamente regulamentado no ponto 3 do art.º 5, do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, referente à caracterização dos cuidados de enfermagem (OE, 2017).

A recolha de dados, segundo Cruchinho (2009), consiste na colheita, na seleção e organização dos dados bem como na sua documentação. Os dados podem ser objetivos e subjetivos e podem ser recolhidos por meio de uma entrevista ou avaliação física. Os dados subjetivos são os que a grávida ou pessoa significativa relata, pensa ou sente, enquanto que os dados objetivos são os que podem ser observados ou obtidos por exames, ecografias, análises, entre outros. Deste modo a recolha de dados, como primeira etapa do processo de enfermagem consistiu na consulta do boletim de saúde da grávida, do processo clínico hospitalar, de documentação pertinente tal como ecografias e análises sanguíneas que se encontravam na posse da grávida, bem como da partilha de informação durante a triagem.

O registo dos dados, no *Sclinico*, como instrumento básico foi utilizado por mim, tendo organizado o registo da seguinte forma sequencial: Motivo de admissão da SUOG; Antecedentes pessoais (alergias, patologias); Antecedentes ginecológicos (menarca, interlúneos e cataménios, método contraceutivo antes de engravidar); Antecedentes obstétricos (índice obstétrico e Gesta/Para) e História da gravidez atual (Data da última menstruação, Idade gestacional).

Foi extremamente importante conhecer os antecedentes obstétricos e ginecológicos (índice obstétrico e desvios de saúde) e história da gravidez atual (correta datação da gravidez) para uma completa colheita de dados de modo a iniciar o processo de enfermagem. A colheita de dados permitiu-me identificar as necessidades e/ou problemas que me levaram à formulação dos diagnósticos de enfermagem e implementação de intervenções de enfermagem especializadas e individualizadas nomeadamente a monitorização do bem-estar materno-fetal que consistiu na: avaliação de parâmetros vitais (Tensão Arterial (TA), Frequência Cardíaca (FC) e Temperatura materna); realização de Manobras de Leopold para determinar a situação, posição e apresentação fetal; auscultação dos batimentos

cardio-fetais (ABCF); monitorização e interpretação de CTG; avaliação da altura do fundo uterino; interpretação de análises laboratoriais; realização de exame vaginal e avaliação por cervicometria.

De acordo com a OE (2015) todas as intervenções propostas devem permitir que a mulher esteja envolvida na tomada de decisão, podendo tornar-se parceira no planeamento e na prestação de cuidados, pelo que o EEESMO deve apoiá-la nas suas escolhas informadas, incentivando a sua autoeficácia e oferecendo informação imparcial respeitando as suas crenças e valores sem emitir juízos de valor. Neste sentido promovi a saúde e o bem-estar materno-fetal, com objetivo de maximizar a saúde da mulher durante a gravidez, ao intervir na deteção precoce e prevenção de complicações para a saúde e o bem-estar materno-fetal, informando sempre a grávida/convivente significativo sobre os sinais e sintomas de risco, e referenciando as complicações para a equipa multidisciplinar.

Constituiu também uma das minhas atividades, para o alcançar deste objetivo, a educação para a saúde, que é uma das atividades fundamentais do trabalho de enfermagem. A educação para a saúde assume na enfermagem uma importância primordial na orientação das grávidas, conviventes significativos, família, com o objetivo orientá-los para a adoção de comportamentos conducentes a uma vida saudável e consequentemente para o bem-estar materno-fetal. Da minha experiência profissional como enfermeira e da reflexão sobre as práticas de educação para a saúde durante a vigilância pré-natal, constato que a maioria das grávidas encontram-se motivadas para aprender e adotar comportamentos considerados benéficos para a saúde do recém-nascido. Considero que o EEESMO tem uma posição privilegiada na relação de proximidade face à grávida/convivente significativo, necessária para o sucesso da educação para a saúde, pelo que a ação educativa não deve ser só dirigida à mulher grávida mas também a outros membros da família em particular o pai, devendo este ser integrado nessas atividades.

Durante a prestação de cuidados no SUOG sempre que possível incluí o pai nos ensinamentos para a saúde, promovendo deste modo o seu envolvimento no processo de gravidez e consequentemente a **transição saudável para a parentalidade**, pois é extremamente importante durante o período pré-natal, que o casal disponha de informação e consequentemente adquira conhecimentos servindo de suporte para uma vivência mais serena e harmoniosa da paternidade. Durante o estágio

identifiquei que a maioria das grávidas/CS que recorriam ao SUOG apresentavam dúvidas e as suas lacunas de conhecimento prendiam-se com os sinais de alerta, com os diferentes estádios do trabalho de parto e com tema do meu projeto – a importância e os benefícios do envolvimento do pai no processo de gravidez e parto para alcançarem uma **transição eficaz e saudável para a parentalidade**.

É importante que durante a prestação de cuidados no período pré-natal exista compreensão e se considere as vivências e o ponto de vista das mulheres a respeito da sua gravidez e do que a afeta, bem como do que julgam relevante para a sua saúde e do feto. Deste modo o apoio emocional à mulher e família a vivenciar processo de risco materno-fetal situação de abortamento ou em situação de luto ainda se torna mais relevante, pois mulheres diagnosticadas com gravidez de maior risco revelam características peculiares e sociais pelo que o EEESMO deve perspetivar a vulnerabilidade de cada mulher (Oliveira & Mandú, 2015).

Sempre que existiram estes casos no SUOG, resultando em situação de internamento, foi dado apoio emocional à mulher e família numa perspetiva holística, ao mesmo tempo que foi esclarecido quais os motivos e a necessidade do internamento. Duas das atividades estabelecidas para este objetivo e não menos importantes que as restantes, foi a transmissão verbal de informações à equipa multidisciplinar bem como a referenciação para outros profissionais de saúde, em relação às grávidas com complicações/problemas que estavam para além da área de intervenção do EEESMO.

É justamente por meio da competência em comunicação que o enfermeiro garante um bom desempenho das suas funções pois através da comunicação eficiente, o enfermeiro garante a identificação de problemas, a análise dos mesmos e o planeamento dos cuidados especializados e efetivos. O trabalho em equipa multidisciplinar, que visa a organização de um trabalho em conjunto proporciona uma comunicação mais aberta e lateral, objetivando assim a prestação de cuidados (Santos & Bernardes, 2010).

Deste modo penso ter alcançado o presente objetivo ao desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida e convivente significativo/família com complicações, que recorrem ao SUOG, durante o período pré-natal promovendo a saúde e o bem - estar materno-fetal.

Objetivo 3. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na família e comunidade que vivencia um processo de saúde/doença ginecológica, que recorre ao SUOG do hospital de forma a potenciar a sua saúde.

Tal como já foi referido no objetivo 2, quando a mulher recorre ao SUOG faz igualmente a inscrição na secretaria para posterior triagem de forma ordenada pelo Enfermeiro Especialista. Segundo o Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro o EEESMO está habilitado a promover a saúde ginecológica da mulher (Unidade de competência H6.1), a diagnosticar precocemente e prevenir complicações relacionadas com afeções do aparelho genitourinário e/ou mama (Unidade de competência H6.2) e a providenciar cuidados à mulher com afeções do aparelho genitourinário e/ou mama e facilitar a sua adaptação à nova situação (Unidade de competência H6.3), através da realização da triagem e a diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher bem como providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher durante o período pós-natal (Unidades de competência H4.2. e H4.3) . A ICM (2013, 2015) refere ainda através da competência n.º 5 que o EEESMO fornece cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis para as mulheres nomeadamente em relação a indicadores de subinvolução (por exemplo, sangramento uterino persistente, infeção) e a indicadores de problemas ou complicações da amamentação materna, incluindo mastite.

A área da Ginecologia é uma área ainda pouco reconhecida como prioritária nos cuidados de enfermagem especializados pelo que carece de um maior investimento por parte do EEESMO. Existem inúmeros desafios que integram os cuidados de saúde sexual e reprodutiva à mulher, nomeadamente no processo de transição e adaptação à menopausa e climatério bem como nas afeções uroginecológicas.

No decorrer do estágio tive oportunidade de realizar autonomamente 4 triagens a mulheres no âmbito ginecológico e obstétrico com afeções do aparelho genitourinário e/ou mama sob supervisão, sendo que os motivos de admissão estavam relacionados com hemorragia vaginal, infeções vulvovaginais e patologia mamária – mastite. A média de idade das mulheres em processo de doença que

recorreram ao SUOG e às quais prestei cuidados individualizados e especializados de enfermagem, foi de 37 anos.

Durante o acolhimento à mulher no SUOG tive sempre em consideração a minha apresentação enquanto estudante do CMESMO e a explicação dos procedimentos, ao mesmo tempo que promovia a privacidade, e demonstrava respeito e empatia, estabelecendo uma relação de confiança e ajuda com a mesma e o convivente significativo/família.

À semelhança do objetivo 2 durante a triagem aplica-se o processo de enfermagem e os instrumentos básicos de enfermagem. Deste modo a recolha de dados consistiu na consulta do processo clínico hospitalar, de documentação em posse da mulher tal como ecografias e análises sanguíneas, bem como na partilha de informação durante a triagem.

O registo dos dados, no *Sclinico*, como instrumento básico foi utilizado por mim, tendo organizado o registo da seguinte forma sequencial: Motivo de admissão da SUOG (sinais e sintomas); Antecedentes pessoais (alergias, patologias); Antecedentes ginecológicos (menarca, interlúneos e cataménios, método contraceutivo) e Antecedentes obstétricos (Gesta/Para). Deste modo pude identificar precocemente complicações para proceder a um melhor encaminhamento para a equipa multidisciplinar, alcançando assim a Unidade de competência H6.2.

Durante os registos de dados foram avaliados parâmetros vitais e realizado, sempre que se considerou necessário, exame físico.

Após observação clínica, sempre que solicitado foi feita administração de terapêutica bem como a realização de colheitas de sangue e urina para análise nomeadamente urina tipo II ou urina asséptica. Durante todos os procedimentos foi realizado educação para a saúde, nomeadamente o incentivo à adoção de comportamentos de saúde e vida saudável (prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, prevenção de gravidez indesejada pelo uso adequado de contraceptivos, cumprimento do esquema de vigilância de saúde e adesão aos rastreios oncológicos).

Um dos casos de prestação de cuidados no SUOG correspondeu a uma puérpera, com 1 mês de pós-parto, que apresentava uma mastite. O Aleitamento Materno (AM) exclusivo, é segundo a WHO (2009), a alimentação ideal para os RN de termo saudáveis, RN pré-termo ou com patologia, defendendo a amamentação

exclusiva até aos 6 meses de vida (Fernandes & Caetano, 2015). Sendo o Hospital, onde decorreu o EC, considerado “Hospital Amigo dos Bebés” apresenta uma equipa experiente na área do aleitamento materno. Segundo a WHO (2000) o EEESMO deve intervir na promoção, na proteção e apoio ao aleitamento materno exclusivo bem como estar atento aos sinais de mastite principalmente em mulheres jovens e primíparas, que era o caso. As duas principais causas de mastite são a estase do leite e a infecção. A estase do leite ocorre quando o leite não é removido da mama de forma eficiente pelo lactente.

O EEESMO deve apoiar as mulheres nas melhores práticas, pelo que estas precisam saber reconhecer precocemente os sinais de mastite e atuar rapidamente de modo a evitar que a situação piore. Foi aplicado na mama afetada um saco de água quente e feita massagem, ao mesmo tempo que era feito o ensino sobre o procedimento correto para drenagem do leite.

Para o sucesso da amamentação é necessário a convergência de três fatores importantes nomeadamente a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação (WHO, 2009) (Levy & Bértolo, 2012). Muitos estudos abordam a amamentação dando ênfase sobretudo à interação entre mãe e filho, contudo neste processo é importante o envolvimento do pai, pois este promove o AM e favorece a sua manutenção por mais tempo, existindo desta maneira um maior comprometimento materno devido ao aumento da sua auto-estima e confiança, desenvolvendo-se uma vinculação precoce entre a tríade (Fernandes & Caetano, 2015).

Pode-se inferir que apostar no envolvimento do pai na amamentação é apostar na saúde materno-infantil e cada estratégia adotada nesse sentido vai melhorar a saúde das populações. Uma mãe que amamenta com sucesso e motivada sente-se fundamental ao seu filho e realizada, aceitando o seu papel (Rodrigues, 2013). Enquanto futura EEESMO tenho um papel fundamental e crucial no aumento da incidência e na duração do AM. Embora tenha noção que amamentar é uma opção da puérpera/casal, importa estimular a continuidade do aleitamento materno e reforçar as suas vantagens, tal como foi feito neste caso. Para evitar a amamentação de curta duração, existe a necessidade da continuidade de intervenções do EEESMO no sentido de promover o aumento do período de amamentação e de prevenir a suplementação alimentar precoce.

Neste caso não existiu necessidade de internar mas se existisse, ter-se-ia transferido a utente para o serviço de internamento de ginecologia, situação que nunca aconteceu durante a prestação de cuidados no SUOG. Apesar do EC – Estágio com Relatório ter decorrido maioritariamente no BP por necessidade de assistir ao maior número de partos com vista à concretização de um dos objetivos deste EC, pude prestar cuidados a mulheres em processo de doença também no EC IV, no serviço de internamento de patologia da gravidez uma vez que o mesmo dispõe de um quarto para situações com complicações do foro ginecológico quando o internamento de puérperas, que também dispõem de quartos reservados à ginecologia, está com a sua ocupação máxima. No EC I também tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a 63 mulheres, com afeções do aparelho geniturinárias e/ou mama facilitando a sua adaptação a nova condição de saúde, bem como a mulheres em processo de menopausa ou climatério.

No EC III pude realizar autonomamente 81 consultas no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva, a mulheres de diferentes faixas etárias e por conseguinte em diferentes etapas do ciclo reprodutivo feminino. Deste modo penso ter alcançado o presente objetivo ao prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na família e comunidade que vivencia um processo de saúde/doença ginecológica, que recorre ao SUOG do hospital de forma a potenciar a sua saúde.

Objetivo 4. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/parturiente e pessoa significativa/família, durante os diferentes estádios do Trabalho de Parto, potenciando a saúde e bem-estar do feto/recém-nascido e parturiente.

De acordo com o Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, o EEESMO está habilitado a “Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra - uterina.” (competência H3.)

A ICM (2013, 2015) refere ainda através da competência n.º 4 que o EEESMO fornece cuidados de alta qualidade, culturalmente sensíveis durante o

parto, conduzem um parto limpo e seguro e lidam com situações de emergência selecionadas para maximizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos.

Genericamente o TP divide-se em 4 diferentes estádios, que são respetivamente 1º estágio apagamento ou extinção e dilatação do colo, 2º estágio o período expulsivo e o 3º estágio a dequitação e o 4º estágio o puerpério imediato. O 1º estágio de trabalho de parto divide-se em fase latente e em fase ativa (Fatia & Tinoco, 2016).

Segundo a WHO (2018) a fase latente é o período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas e alterações do colo do útero, com apagamento e progressão mais lenta da dilatação e vai até aos 5 cm, enquanto que a fase ativa é o período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, com apagamento e dilatação cervical mais rápida e vai dos 5 cm até dilatação completa. Contudo segundo a DGS (2015) a fase ativa inicia-se aos 4 cm de dilatação cervical com extinção/apagamento praticamente total do colo, estando de acordo com o protocolo da Instituição em causa.

À semelhança do que foi referido no objetivo n.º 2 a entrada para o Bloco de partos ocorre através do SUOG ou através do internamento de grávidas. Salvo raras exceções, todas as grávidas encaminhadas para o BP encontram-se na fase ativa do 1º Estádio do TP. As grávidas em fase latente do 1º Estádio do TP, ou em indução para o parto, ficam internadas no quarto de indução, situado no serviço de internamento de grávidas com patologia materno-fetal.

Todas as grávidas que eram encaminhadas para o BP e que ao meu cuidado ficavam, fiz sempre o seu acolhimento bem como do convivente significativo, que maioritariamente eram os pais dos recém-nascidos. Tive sempre o cuidado de me apresentar enquanto estudante do CMESMO, de explicar o funcionamento da unidade, de explicar os recursos disponíveis bem como das regras a cumprir - nomeadamente em relação à restrição de troca de convivente significativo e em relação à saída da sala de partos ter de ser feita sempre acompanhado de um profissional do serviço.

Sempre que possível foi proporcionado as melhores condições de exercício da parentalidade, no contexto das disponibilidades logísticas do serviço e dos procedimentos e protocolos terapêuticos estabelecidos.

Durante os diferentes estádios do trabalho de parto foi estabelecido uma relação de confiança com base na demonstração de empatia e escuta ativa para com a parturiente e convivente significativo, ao mesmo tempo que promovia um ambiente calmo e tranquilo para conforto e bem-estar da parturiente e CS. Segundo Fatia & Tinoco (2016) é necessário que o EEESMO transmita segurança e calma, sendo que a comunicação eficaz estabelecida com a parturiente é de extrema importância no desenrolar do TP, devendo sempre sugerir e não impor, de forma a envolver o casal nas tomadas de decisão.

Foi sempre explicado a ambos as medidas não farmacológicas do controlo da dor existentes bem como o material existente para implementação das mesmas como por exemplo a bola de nascimento ou o duche quente. A liberdade de movimentos foi sempre incentivada no 1º estágio do TP pelas suas vantagens. Segundo Ferrão & Zagão (2017) vários organismos internacionais recomendam a liberdade de movimentos, incentivando a mulher a adotar posições verticalizadas no 1º estágio do TP, pois facilitam os mecanismos de encravamento e de descida fetal, permitindo o relaxamento do períneo e a deslocação dos ossos sacroilíacos aumentando os diâmetros dos estreitos da bacia, através do movimento de contranutação e nutação.

A ação da gravidade origina contrações mais eficazes, tornando-se o 1º estágio do TP mais curto, e conseqüentemente uma melhor tolerância à dor por parte da parturiente, reduzindo a necessidade de analgesia (Ferrão & Zagão, 2017). Foi sempre explicado à parturiente que a adoção de posições verticais pela mesma aumenta a possibilidade de um parto eutócico. A WHO (2018) reforça ainda sob as recomendações n.º 34 e 35 a adoção de posições verticalizadas quer para parturientes sem analgesia epidural quer com analgesia epidural.

Ainda durante a admissão consultei informação no processo clínico e no boletim de saúde da grávida, nomeadamente ecografias e análises laboratoriais (serologias de 3º trimestre, grupo de sangue, resultado de SGB) de modo a conhecer os seus antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricos bem como para verificar existência ou não de intercorrências no decorrer da gravidez.

Ao longo do EC algumas parturientes apresentavam resultados de serologias incompletas ou inexistência deles, outras por sua vez não tinham informação de grupo de sangue, pelo que era necessário confirmação do mesmo, e algumas

apresentavam patologias durante a gravidez sendo necessário realizar colheita de sangue para análise. Na necessidade de colheita de sangue, todas as parturientes foram informadas acerca do motivo, ao mesmo tempo que era obtido o seu consentimento.

Tive sempre o cuidado de obter confirmação da parturiente em relação à frequência no curso de preparação para o nascimento e parentalidade, bem como de verificar a existência de plano de parto. Apenas 4 parturientes elaboraram plano de parto, contudo sendo o meu projeto o envolvimento do pai, tive sempre em atenção a obtenção de informação em relação à sua participação nas sessões bem como a sua inclusão no plano de parto.

O Plano de Parto pretende registar as preferências da grávida e/ou do casal para o trabalho de parto, parto e pós-parto. De acordo com a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher, da Gravidez e do Parto (2017), apesar de não existir legislação que juridicamente mencione a proteção do Plano de Parto, existem leis nacionais e internacionais, com aplicação direta e indireta em Portugal, e que são passíveis de proteger a vontade da grávida/casal revelada no Plano de Parto.

De acordo com os art.º 38º, 39º, 149º e 150º do Código Penal Português (Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro, Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto - Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro), os art.º 3º, 8º e 9º da Convenção Europeia dos Direitos do Homem divulgado pelo Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (2010), o ponto n.º 14 da *“Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women”* implementado pelo The Committee on the Elimination of Discrimination against Women (1979) e os art.º 5º, 8º e 9º da Convenção dos Direitos do Homem e Biomedicina ratificada pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, o plano de parto é passível de ser protegido.

Nos casos relatados de não frequência no curso de preparação para o nascimento e inexistência de plano de parto, procurei obter informação junto dos pais relativamente à sua participação no decorrer da gravidez bem como à sua vontade de participar no parto, tendo sempre em conta a vertente de educação para a saúde informando-os relativamente aos benefícios com base na evidência científica. Após o acolhimento, era realizado o exame físico, fundamental na avaliação do progresso do trabalho de parto, constituindo o ponto de partida para poder formular um plano de cuidados, instrumento crucial de apoio à prestação de

cuidados individualizados e especializados pelo enfermeiro à parturiente, e que integra o processo de enfermagem, permitindo identificar as necessidades e/ou problemas que levam à formulação dos diagnósticos de enfermagem, ou seja, inclui desde a avaliação inicial, ao planeamento, implementação/intervenção e a avaliação dos cuidados prestados, encontrando-se devidamente regulamentado no art.º 5, do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, referente à caracterização dos cuidados de enfermagem (OE, 2005).

Deste modo, avaliei e monitorizei os parâmetros vitais da parturiente, avaliei a altura do fundo uterino, realizei manobras de Leopold para determinar a situação, posição e apresentação fetal, auscultei os batimentos cardio-fetais (ABCF), monitorizei e interpretei a CTG contínua, com especial atenção na identificação de padrões de FCF não tranquilizadores, atuando sempre rapidamente como por exemplo na alternância de posicionamento da parturiente para decúbito lateral esquerdo, no aumento da perfusão de soroterapia, na suspensão da perfusão de oxitocina, na administração de oxigenoterapia intermitente e na transmissão da intercorrência ao clínico presente tal como refere Fonseca (2016). A avaliação da FCF através da auscultação intermitente pelo Doppler (durante 60 segundos, incluindo o período durante e 30s após a contração em intervalos de 15 minutos durante a fase ativa do 1º Estádio do TP) foi realizada quando as parturientes utilizavam o duche de água quente como medida não farmacológica de alívio de dor tal como está protocolado nesta Instituição indo ao encontro do que sugere a The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2009).

Apesar da WHO (2018) na recomendação n.º 12 referir que a cardiotocografia de rotina não é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal no TP em parturientes saudáveis que se apresentam em trabalho de parto espontâneo, por aumentarem a probabilidade de existência de intervenções desnecessárias, consideram que a monitorização intermitente na vigilância do bem-estar materno-fetal durante o trabalho de parto, é uma parte vital e integrante da prestação de cuidados intraparto. Em Portugal, segundo Santana & Figueiredo (2016) a CTG contínua é o método mais utilizado para avaliar o bem-estar materno-fetal intraparto, e no hospital onde decorreu este ER não é exceção. Avaliei a frequência, a intensidade e a duração das contrações uterinas, bem como avaliei por cervicometria (características do colo: posição, consistência, extinção e dilatação,

descida e apresentação fetal), além de avaliar a integridade das membranas e características de líquido amniótico. A avaliação da variedade (estática fetal) foi também uma das atividades realizadas.

Segundo a WHO (2018) através da recomendação n.º 16 baseado no documento “*WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections*” da WHO (2015), o exame vaginal digital é recomendado em intervalos de quatro horas no 1º estágio do TP em mulheres de baixo risco, de modo a prevenir infeções periparto, devendo-se por isso restringir a frequência e o número de exames vaginais bem como a quantidade de diferentes prestadores de cuidados. É particularmente crucial, em situações em que existem outros fatores de risco para infeção (por exemplo, rotura da bolsa amniótica e trabalho de parto prolongado), que se diminua o intervalo de tempo sendo justificado pela condição de saúde e bem estar materno-fetal.

Todas as anteriores atividades foram devidamente registadas no partograma de cada parturiente tendo sempre em consideração o que está protocolado pela WHO. O partograma é uma representação gráfica do TP e é um excelente recurso para analisar a dilatação cervical e descida da apresentação em função do tempo, monitorizando assim a evolução do TP mas também o bem-estar materno-fetal (Prada & Rafael, 2016).

Após o exame físico verifiquei sempre a existência do consentimento informado assinado pela parturiente relativamente à administração de analgesia epidural, quando solicitado por esta, bem como colaborei sempre que necessário com a equipa médica durante o procedimento da colocação de cateter epidural á parturiente e administração de fármacos pelo cateter epidural. Segundo Martins, Marques & Tomé (2002) com vista a diagnosticar atempadamente alguma complicação que possa surgir durante a analgesia epidural, é feita uma monitorização contínua da pressão arterial, oximetria de pulso, FC da grávida e frequência cardíaca fetal, tal como foi realizado também na prática. A analgesia tem como objetivo proporcionar o alívio da dor sem produzir um bloqueio motor significativo, já que interessa manter a parturiente colaborante durante o parto. Continua a ser controverso e fonte de numerosos trabalhos de investigação, se a analgesia epidural prolonga o trabalho de parto e se aumenta o número de partos instrumentados e de cesarianas (Martins, Marques & Tomé, 2002). Durante o EC

foram 37 as parturientes que solicitaram analgesia epidural, das restantes 3 parturientes manifestaram vontade de utilizar apenas métodos não farmacológicos de alívio da dor (de salientar que se tratavam de múltiparas) e as outras 2 já se encontravam com dilatação completa quando entraram no BP.

A Hipotensão arterial materna foi o efeito secundário mais frequente, embora por regra sem gravidade, sendo corrigida precocemente pela administração endovenosa rápida de soluções de Lactato de Ringer. Se não corrigida segundo Martins, Marques & Tomé (2002) pode conduzir a insuficiência utero-placentária.

A Retenção urinária foi o segundo efeito secundário mais frequente, que segundo Martins, Marques & Tomé (2002), surge por hipertonicidade do esfíncter e atonia vesical, sendo mais frequente quando se usam opiáceos. Além disso, a sensação de bexiga cheia pode estar diminuída ou ausente por isso, segundo Fatia & Tinoco (2016) é preciso vigiar a parturiente e deve-se incentivá-la a urinar com regularidade de 2 em 2 horas de forma a evitar retenção urinária e distensão vesical dificultando a descida da apresentação fetal e a progressão do trabalho de parto nomeadamente no período expulsivo, pelo que incentivei sempre a eliminação vesical (micção espontânea) e só no caso de retenção urinária é que procedi à realização de esvaziamento vesical.

Tal como já referi anteriormente foi incentivado à parturiente a utilização de medidas não farmacológicas de alívio da dor (liberdade de movimentos, deambulação, bola de nascimento, duche quente, massagens, aplicação de calor na região lombar) que muitas vezes eram utilizadas isoladamente nos casos de parturientes que não solicitaram analgesia epidural ou utilizadas como complemento para alívio de dor após a administração de analgesia epidural respeitando assim as recomendações da WHO (2018) (recomendação n.º 21, 22 e 25). As medidas não farmacológicas de alívio da dor sem que percam o seu propósito ou o seu intuito original também proporcionam conforto e uma experiência positiva (Ferreira, 2016).

Durante o TP foi incentivado também o apoio do pai/CS à parturiente nomeadamente na utilização de medidas não farmacológicas promovendo o seu envolvimento para o alcançar de uma **transição saudável para a parentalidade**. Para além das medidas anteriores o EEESMO deve ainda “incentivar a ingestão de líquidos isotónicos de preferência claros e gelatina” tal como sugere a National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014, p.265), pelo que durante o TP

a parturiente foi incentivada a ingerir líquidos ao mesmo tempo que o CS era também incentivado a oferecer líquidos à mesma promovendo assim o seu envolvimento no parto, com o intuito de alcançar uma **transição saudável para a parentalidade**.

Segundo a WHO (2018) é recomendado ter uma comunicação eficaz entre o EEESMO e as parturientes usando métodos simples e culturalmente aceitáveis durante o TP, pelo que tentei transmitir sempre informação clara à parturiente e CS de forma a capacitá-la eficazmente no TP, bem como incentivei a sua participação no mesmo através de reforço positivo, sem emissão de juízos de valor. Segundo Fonseca (2016) o EEESMO deverá demonstrar empatia, compreensão e desenvolver uma relação de confiança, informando e aconselhando acerca das intervenções realizadas, evolução do TP e estado do feto ao mesmo tempo que potencia a autoconfiança e reforça positivamente a mulher.

A promoção do repouso da parturiente entre as contrações durante o TP foi efetuado ao mesmo tempo que na fase expulsiva do 2º estágio TP era encorajada e apoiada para seguir o seu próprio desejo de realizar esforços expulsivos, tal como recomenda WHO (2018). Deste modo pude aplicar a técnica adequada na execução do parto de apresentação cefálica, tendo realizado, no final do EC, 42 partos eutócicos sob supervisão.

Foi minha preocupação promover o períneo intacto com utilização da técnica *hands off* no período da coroação e *hands on* após a coroação no período expulsivo, tal como recomenda a WHO (2018) através na recomendação n.º 38 em que para as parturientes no 2º estágio do TP podem ser utilizadas técnicas para reduzir trauma perineal e facilitar o parto espontâneo tal como a massagem perineal, a aplicação de compressas mornas e proteção do períneo através da técnica *hands on*.

Ao aproximar-se o período expulsivo, promovi a segurança e assépsia na execução do parto, ao efetuar a correta lavagem das mãos e lavagem e desinfeção do períneo, ao preparar corretamente a mesa do parto com todo o material necessário, bem como no uso correto do equipamento de proteção individual. Deste modo tentei promover o períneo intacto com utilização de ambas as técnicas, contudo existiram apenas 6 períneos intactos, tendo ocorrido 9 Lacerações de grau 1 e 11 lacerações de grau 2 e efetuadas 18 episiotomias. Existiram ainda 2

parturientes que apresentaram lacerações grau 1 e 2 ao mesmo tempo que efetuaram episiotomias.

Nos casos de lacerações e episiotomias foi necessário proceder à realização de sutura de episiorrafia não esquecendo de fazer uma revisão do canal de parto. Apesar da WHO (2018) não recomendar o uso rotineiro ou liberal da episiotomia para mulheres submetidas a parto vaginal espontâneo (recomendação n.º 39) foi necessário a sua realização por existir risco de sofrimento fetal e possível laceração grau 3 e 4.

A promoção do envolvimento do pai passou pelo corte do cordão umbilical, contacto pele a pele e no ajudar a vestir o RN, com enfoque na **transição saudável para a parentalidade**. Neste sentido foi construído um cartaz para colocação na sala dos pais e nas salas de parto, dirigido ao pai, aprovado pela Enf.^a Chefe e EEESMO Orientadora que se encontra no Apêndice III.

O corte de cordão umbilical pelo pai ocorreu em 24 partos, pela mãe ou irmã da parturiente que se encontravam na altura a acompanhá-la ocorreu em 3 partos e os restantes foram cortados por mim. De acordo com a recomendação n.º 44 da WHO (2018) foi respeitado a clampagem tardia do cordão umbilical (não antes de 1 minuto após nascimento) com vista à melhoria da saúde materna e infantil e resultados nutricionais. Contudo cerca de 6 RN apresentavam circulares cervicais (tendo confirmado logo após expulsão da cabeça), sendo 3 delas muito apertadas, 1 justa e 2 largas, pelo que nas circulares muito apertadas não se conseguiu aplicar a manobra de *somersault*, havendo necessidade de clampagem imediata por risco de hipoxia. Em cerca de 20 % das gestações existe uma circular do cordão ao pescoço do feto e frequentemente a compressão transitória do cordão é detetável durante o parto pela ocorrência de desacelerações variáveis da FCF (Graça & Barros, 2010).

No 3º estágio do TP foi possível realizar a dequitação natural aguardando sempre pelo descolamento da mesma (aumento de fluxo de sangue e ausência de retração do cordão), tendo presenciado no estágio à expulsão de uma placenta sucenturiada. Segundo Graça & Barros (2010) a placenta sucenturiada apresenta uma forma discoide ligada a um lobo suplementar por uma artéria e uma veia, as quais correm através de membranas. Na dequitação foi sempre exercido tração controlada do cordão e efetuado movimentos circulares na saída da placenta de modo a evitar fragmentação das membranas, tal como refere a WHO (2018) através

da recomendação n.º 45. Após dequitação tive sempre em atenção a administração de ocitocina EV ou IM tal como recomenda WHO (2018) para a prevenção da hemorragia pós-parto (HPP), bem como verifiquei a sua integridade, características, existência de anomalias, inserção do cordão umbilical, para excluir retenção de fragmentos placentares.

No início do 4º Estadio do TP verifiquei em todas as puérperas a formação do globo de segurança de Pinard (avaliação da involução uterina), bem como as características das perdas vaginais tal como recomenda a WHO (2018). A partir da primeira hora após o nascimento foi também avaliada a temperatura, frequência cardíaca e pressão arterial da puérpera. Além da realização de partos eutócicos, tive a oportunidade de colaborar em 14 partos distócicos, sendo eles por ventosa, fórceps e cesariana, prestando assim cuidados imediatos ao RN.

De acordo com a recomendação n.º 48 da WHO (2018) foi promovido a vinculação precoce em recém-nascidos sem complicações através do contato pele a pele com a puérpera durante a primeira hora após o nascimento prevenindo a hipotermia e promovendo a amamentação. A adaptação do RN à mama ocorreu sempre na 1ª hora de vida. No caso das cesarianas foi questionado ao casal a possibilidade do contato ser feito pelo pai, explicando os benefícios para a **transição saudável para a parentalidade**, tendo sido possível em 4 casos.

Sempre que foi possível, realizei visitas às puérperas e recém-nascidos no serviço de puerpério para reavaliação da sua saúde e bem-estar. Todas as intervenções realizadas à grávida/parturiente e CS foram sempre registadas no programa *Scínico* proporcionando deste modo a continuidade de prestação de cuidados aos mesmos. Deste modo penso ter alcançado o presente objetivo, tendo prestado cuidados de enfermagem individualizados e especializados à grávida/parturiente e pessoa significativa/família, durante os diferentes estadios do Trabalho de Parto, potenciando a saúde e bem-estar do feto/recém-nascido e parturiente.

Objetivo 5. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido e família, promovendo a sua adaptação à vida extrauterina e detetando precocemente complicações.

De acordo com o Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, o EEESMO está habilitado para otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina (Unidades de competência H3.1) e diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde do recém-nascido (H3.2.). Segundo a ICM (2013, 2015) através competência n.º 6 refere que o EEESMO fornece cuidados abrangentes e de alta qualidade ao bebé essencialmente saudável desde o nascimento até os dois meses de idade.

Com o nascimento, o recém-nascido tem de se adaptar rapidamente à vida fora do útero, superando as dificuldades e o impacto da diferença entre o mundo intra e extrauterino. Deste modo os cuidados prestados ao RN imediatamente após o parto são essenciais para a sua adaptação, diminuindo a morbi-mortalidade neonatal. O momento de transição é um momento delicado e é marcado por inúmeras mudanças para o RN. O meio intra-uterino proporciona um ambiente de conforto e segurança, com temperatura e luminosidade constante, com ruídos suaves, não requerendo esforços para realizar as funções vitais (Cruz, Sumam & Spíndola, 2007).

Durante o estágio com relatório, observei e colaborei na prestação de cuidados imediatos de enfermagem especializados autonomamente sob supervisão a 59 RN de partos eutócicos e distócicos, bem como colaborei com equipa multidisciplinar na prestação de cuidados ao RN. Sempre que admiti uma parturiente no bloco de partos, além de consultar o seu processo clínico, boletim de saúde da grávida, como já referido no objetivo anterior, verificava e preparava também a unidade do recém-nascido com especial atenção ao funcionamento da fonte de calor, ao sistema de oxigénio e ao sistema de aspiração, bem como todo o material necessário à reanimação neonatal. Durante todo o ER não existiram casos com necessidade de colaboração na reanimação neonatal com a equipa multidisciplinar, bem como não existiu nenhum caso de transferência para a Unidade de Cuidados Especiais de Neonatologia (UCEN).

Durante o ER, nos partos que assisti, tive a colaboração de outras enfermeiras que ficavam responsáveis pela prestação de cuidados imediatos ao RN. Deste modo a minha intervenção enquanto futura EEESMO, foi avaliar o índice de Apgar (IA) no 1º minuto, validando com a colega ao longo dos restantes minutos o

bem-estar do RN. O IA é utilizado para estimar a saúde global de um RN e a sua adaptação à vida extrauterina nos primeiros minutos de vida, permitindo identificar a necessidade de reanimação do RN. O IA é atribuído por três vezes — ao fim de um minuto, cinco e dez minutos após o parto. Para efetuar este teste, o EEESMO atribui ao RN 0, 1 ou 2 pontos por cada uma de cinco áreas: frequência cardíaca, respiração, irritabilidade reflexa, tônus muscular e coloração da pele (Alden, 2008).

Analisando os registos efetuados ao longo do ER constato que dos 42 partos assistidos por mim, 27 RN obtiveram um IA 10/10 ao 1º e 5º minuto de vida, 10 RN obtiveram um IA 9/10 ao 1º e 5º minuto de vida e 5 RN obtiveram IA inferior a 9 ao 1º minuto nos casos de existência de circulares apertadas e superior ou igual a 9 no 5º minuto de vida. A maioria da pontuação retirada foi principalmente na coloração da pele. Sempre que foi possível, caso a mãe o desejasse e o estado do bebé o permitisse, quando se dava a expulsão da cabeça e dos braços do bebé, questionei a parturiente se queria segurar e retirar o RN, de modo a poder colocá-lo logo sobre o seu abdómen para este sentir o seu calor e cheiro, promovendo deste modo um contato pele a pele imediato e vinculação precoce entre a díade. Somente 3 parturientes retiraram o RN. Todos os outros foram retirados por mim e colocados sempre que possível em cima do abdómen da mãe, mesmo após aspiração de secreções das vias respiratórias nos casos de existência de líquido tinto mecónio (LTM).

Segundo Cruz, Sumam & Spíndola (2007) a fim de se evitar separações desnecessárias entre a díade, o que poderia prejudicar o aleitamento materno e a vinculação precoce do RN, é importante reduzir os procedimentos realizados no pós-parto imediato ao estritamente necessário, quando se trata de um RN de baixo risco. Foi minha preocupação essencial prestar cuidados especializados promotores do bem-estar do RN, suavizando a mudança do meio intra-uterino para extra-uterino, priorizando o aquecimento do RN promovendo a estabilização da sua temperatura, no contato pele a pele com a mãe e cobri-lo com um lençol aquecido ao mesmo tempo que verificava a existência de malformações aparentes.

Tal como recomenda WHO (2018), através da recomendação n.º 48, os recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contato pele a pele com suas mães durante a primeira hora após o nascimento para prevenir a hipotermia e promover a amamentação. A realização da clampagem tardia do cordão umbilical foi

sempre que possível respeitado tal como refere a recomendação n.º 44 da WHO (2018) uma vez que melhora a saúde materna e infantil e apresentam resultados nutricionais, já referido anteriormente, salvo exceções de existência de circulares cervicais apertadas não sendo possível aplicar a manobra de *somersault*.

Na colaboração dos partos distócicos foi realizado o exame objetivo do RN (vitalidade e choro, coloração da pele e mucosas, aspeto do coto umbilical e reflexos presentes). Após observação do RN foi promovido a amamentação na 1ª hora de vida. Segundo a WHO (2018) através da recomendação n.º 50 todos os recém-nascidos devem receber 1 mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento (ou seja, após a primeira hora em que o lactante deve estar o contato pele a pele com a mãe e iniciado a amamentação), pelo que foi sempre transmitido a informação à puérpera e CS sobre a importância da administração da vitamina K na prevenção da doença hemorrágica e obtido o seu consentimento. Fiz a administração de vitamina K a 14 RN. Após a administração da vit. K, procedeu-se à realização da pesagem do RN e posterior identificação do mesmo com a colocação de pulseiras na região do punho e maleolar (alternados).

Foi sempre verificado precocemente o bem-estar do RN, não existindo complicações com os RN assistidos pelo que não foi necessário referenciar para a equipa multidisciplinar. Em 70% dos partos assistidos foi realizada a transferência do RN juntamente com a puérpera para o serviço de puerpério sem complicações associadas promovendo a continuidade de cuidados. Nos restantes 30 % a sua transferência ocorreu já após a minha saída do turno.

Foram sempre elaborados registos claros e precisos no *Sclinico*, durante o puerpério imediato com vista a continuidade da prestação de cuidados no serviço de puerpério. Deste modo penso ter alcançado o presente objetivo com vista a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido e família, promovendo a sua adaptação à vida extrauterina e detetando precocemente complicações.

Objetivo 6. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/parturiente e convivente significativo, de modo a promover o envolvimento

do pai no processo de gravidez e parto, contribuindo para uma parentalidade saudável e responsável.

O tema central deste relatório prende-se essencialmente com as intervenções do Enfermeiro Especialista no envolvimento do pai na gravidez e parto, tema escolhido e trabalhado à priori na Unidade Curricular de Opção do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO).

Para o alcançar deste objetivo foi primeiramente estabelecido ainda na UC de Opção a concretização de uma *Scoping review* (Apêndice I) com recurso à base de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) na plataforma EBSCOhost Web bem como a pesquisa e consulta de referências bibliográficas na literatura cinzenta a partir do motor de busca Google, bases de dados de livre acesso como o *Scielo*, e outras bases de dados como a B-on e *Cochrane Library* (Ver capítulo 3). É de salientar que existe evidência científica que comprova quer a importância quer os benefícios do envolvimento do pai na gravidez e parto, existindo por outro lado uma lacuna no estudo das intervenções do EEESMO na promoção desse mesmo envolvimento, pelo que será sem dúvida em termos de ganhos para a saúde tanto para o casal como para criança apostar na investigação nesta área, bem como será uma mais valia para os profissionais despertando-os para a prestação de cuidados de excelência.

Tal como já foi referido no objetivo 1, no contexto do EC III o meu foco foi a Promoção do envolvimento do pai, durante as consultas de vigilância de gravidez e nas aulas de preparação para o nascimento através de sessões dirigidas aos pais focando a Educação para a saúde sobre os direitos e deveres do pai (lei da parentalidade/paternidade) e sobre a sua participação na gravidez e parto (Apêndice II). Em contexto de BP, tal como referido no objetivo 4, foi sempre promovido o acompanhamento da parturiente durante o TP na sala de partos pelo pai (após consentimento da mesma). Existiram casos de ausência dos pais no período expulsivo do TP por opção dos mesmos, uma vez que não se sentiam preparados psicologicamente para o período expulsivo, manifestando vontade de regressar ao quarto do BP no 4º estágio do TP. Deste modo foi sempre respeitado a sua vontade não emitindo quaisquer juízos de valor bem como nunca foi exercido qualquer pressão para a sua permanência. Tal como já referido anteriormente foi sempre

minha preocupação confirmar a frequência da parturiente e do pai no curso de preparação para o nascimento bem como verificar a existência de plano de parto (inclusive sobre a participação do pai na sua elaboração e a sua inclusão). Só 4 casais elaboraram plano de parto e os restantes desconheciam a sua existência e função, pelo que foi realizado ensino sobre o mesmo. Segundo a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher da Gravidez e Parto (2017) o plano de parto regista as preferências da grávida para o trabalho de parto, parto e pós-parto, tendo sido questionado o casal sobre o mesmo, de modo a ir ao encontro das suas expectativas e desejos, contribuindo deste modo para uma **transição saudável para a parentalidade**.

Foi incentivado o apoio do CS/pai à parturiente durante o TP (medidas não farmacológicas: bola de nascimento, duche quente, massagens, liberdade de movimentos) bem como incentivado a sua disponibilidade para oferecer água, para colocação de compressas frias na face da parturiente para refrescar ou mesmo proporcionar ar fresco à parturiente com recurso a um leque. Tal como foi mencionado nos objetivos anteriores, enquanto futura EEESMO foi minha intervenção promover o envolvimento do pai no BP ao incentivar o pai a cortar o cordão umbilical, realizar contato pele a pele e a prestar os primeiros cuidados ao RN nomeadamente na colocação da fralda e vestir, indo ao encontro do que a evidência científica existente descreve (Apêndice I) como intervenções promotoras da vinculação precoce e de uma transição saudável para a parentalidade com benefícios para a saúde da tríade. Ainda durante o Estágio com Relatório foi elaborado um cartaz e um folder (Apêndice III) sobre o envolvimento do pai na gravidez e parto, aprovado pela Chefia do Serviço, no âmbito de educação para a saúde sobre os benefícios do envolvimento do pai ao nível físico, cognitivo e emocional da criança, bem como na formação de vínculos seguros entre a tríade.

O desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/parturiente e convivente significativo, de modo a promover o envolvimento do pai no processo de gravidez e parto, contribuindo para uma parentalidade saudável e responsável culminou com a elaboração do presente relatório do Estágio e consequentemente apresentação e discussão pública do Relatório de Estágio.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maternidade é um evento único e marcante na vida da mulher, em que esta sofre modificações complexas, podendo propiciar medos, dúvidas e angústias. Torna-se por isso importante que o pai assuma cada vez mais um papel ativo e interventivo no processo de gravidez, parto e pós-parto. Na literatura, vários estudos científicos têm evidenciado a importância e os benefícios do envolvimento do pai desde a gravidez, no desenvolvimento dos seus filhos. Um maior envolvimento do pai nos diversos momentos e decisões que envolvem o nascimento de uma criança traz novas realidades e coloca novos desafios ao EEESMO. Atualmente é consensual entre homens e mulheres a elevada importância da presença do pai no parto, embora existam mulheres que não o queiram e pais que decidem não estar presentes. A presença do pai no parto, e mais recentemente nas cesarianas, foi sem dúvida uma das maiores conquistas nacionais do século XXI, contribuindo para o desempenho pleno de uma parentalidade adaptada à realidade sociocultural atual.

No que respeita ao EEESMO, este é um elemento-chave não apenas no que respeita à prestação de cuidados diferenciados e individualizados à grávida/parturiente/puérpera e pai bem como na **transição saudável para a parentalidade**. Através da realização da *Scoping Review* pude comprovar que existem poucos estudos que indiquem quais as intervenções do EEESMO que promovam o envolvimento do pai e que permitam avaliar esse mesmo envolvimento bem como quais as áreas de menor envolvimento do pai para que o EEESMO possa desenvolver estratégias para apoiá-lo na **transição saudável para a parentalidade**. Deste modo no futuro interessa, pois, desenvolver e aprofundar novas investigações na área, pois somente a ciência com critérios objetivos e rigorosos poderá encontrar respostas para todas estas questões. Refletindo sobre o percurso de aprendizagem realizado durante o Estágio com Relatório nomeadamente sobre a minha prática de cuidados à grávida/parturiente e convivente significativo/famílias e consequentemente o desenvolvimento das competências enquanto futura EEESMO, baseado no modelo conceptual da Teoria das Transições de Meleis considero ter evoluído tanto a nível pessoal e profissional, usando como estratégias potenciadoras da minha aprendizagem a dedicação exímia na prestação de cuidados, adotando sempre uma postura de humildade face ao desconhecido bem como de interesse

em aprender cada vez mais, fazendo aproveitamento máximo dos momentos de partilha de conhecimentos da Enfermeira Orientadora e restante equipa multidisciplinar. Como enfermeira e como futura EEESMO faz todo o sentido compreender todas as dimensões que influenciam o bem estar materno e fetal bem como aprofundar conhecimentos baseados na melhor evidência científica de forma a prestar os melhores cuidados à grávida/parturiente/puérpera e convivente significativo nesta etapa das suas vidas. Ao longo do Estágio com Relatório, bem como na realização do presente relatório, foi uma das minhas prioridades a pesquisa e a consulta da melhor evidência científica de modo a consolidar conhecimentos e prestar cuidados de elevada qualidade bem como obter os melhores resultados em saúde. Para que se alcance a excelência de cuidados de enfermagem é fundamental que a mesma ocorra de acordo com os padrões de qualidade de enfermagem, respeitando a legislação sobre a prática de enfermagem e de acordo com as competências específicas do EEESMO.

Deste modo penso ter alcançado os objetivos delineados para este ER desenvolvendo competências científicas, técnicas e relacionais no âmbito das intervenções comuns e específicas do EEESMO que permitiram prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher, recém-nascido e pessoa significativa, inseridos na família e na comunidade, no âmbito da saúde ginecológica, período pré-natal, trabalho de parto e puerpério imediato, promovendo a saúde e bem-estar da mulher/recém-nascido/família, apoiando os processos de transição e de adaptação à parentalidade, bem como promovendo cuidados de enfermagem de qualidade e culturalmente sensíveis, tal como prevê a ICM (2013, 2015) e OE (2011) além de que desenvolvi também competências ao promover o envolvimento do pai na gravidez e parto.

Em suma, me apraz dizer que a promoção do envolvimento do pai na gravidez e parto não finda nesta etapa do meu percurso, é seguramente um dos meus objetivos enquanto futura EEESMO dar continuidade a este projeto no meu local de trabalho. Longo é o caminho ainda para a existência de uma maior articulação entre o conceito de individualização e humanização da prestação de cuidados tendo em conta o envolvimento do pai, pelo que o EEESMO terá ainda de enfrentar múltiplos desafios no futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG (2009). Intrapartum fetal rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin n.º 106: *Obstetrics & Gynecology*, 114(1), 192-202. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181aef106
- Alden, K.R. (2008). Avaliação e Cuidados ao Recém-Nascido. In D. L. Lowdermilk & S.E. Perry (Coords). *Enfermagem na Maternidade* (pp. 587 - 647). Loures: Lusodidacta.
- Alligood, M.R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. (8th ed). St Louis, Missouri: Elsevier.
- Associação para o Planeamento da Família (2017). Educação Sexual na Escola. Acedido a 02.06.2017. Disponível em: <http://www.apf.pt/educacao-sexual>
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher, da Gravidez e do Parto (2017). Reflexão sobre o trabalho de parto e Parto: construção de um plano de preferências de parto. Acedido 14.02.2018. Disponível em: <http://www.associacaogravidezeparto.pt/documentos/>
- Comissão para Igualdade de Género (2013). *Estratégias Internacionais para a Igualdade de Género: a Plataforma de Ação de Pequim (1995-2005)*. (2^a ed). Lisboa: CIG.
- Cruchinho, P. (2009). Modelo das 10 etapas – um modelo para o desenvolvimento das competências do processo de enfermagem baseado na utilização dos instrumentos básicos da profissão. *Revista Percursos*, 12, 13-29.
- Cruz, D. C. S., Sumam, N. S., & Spíndola, T. (2007). Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebé. *Revista da*

Escola de Enfermagem da USP, 41(4), 690-697. DOI: 10.1590/S0080-62342007000400021

- Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro (1982). Aprova o Código Penal. *Diário da República 1.º Suplemento, Série I*, N.º 221 (23-09-1982) 3006(2) - 3006(64).
- Despacho n.º 5344-A/2016 de 04 de Abril (2016). Estabelece as medidas e procedimentos necessários para que o pai, ou outra pessoa significativa, possa estar presente num bloco operatório para assistir ao nascimento de uma criança por cesariana. *Diário da República 1.º Suplemento, Série I*, N.º 76 (19-04-2016)12560-(2).
- Dias, I.S. (2010). Competências em Educação: conceito e significado pedagógico. *Psicologia Escolar e Educacional*,14(1),73-78. DOI: 10.1590/S1413-85572010000100008
- Direção Geral de Saúde (2018). *Norma: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. N.º 002/2018, Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2015). *Orientação: Trabalho de parto estacionário*. N.º 001/2015, Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2000). *Circular normativa: Visitas e acompanhamento familiar a doentes internados*. N.º 4/DSPCS, Lisboa: DGS.
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M.A. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.308 – 320). Lisboa: Lidel.
- Fernandes, S.I.R. & Caetano, A.B.J.R. (2015). Fatores que influenciam o casal na tomada de decisão e duração do Aleitamento Materno. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 15, 9-13.

- Ferrão, A.C.C & Zagão, M.O.B. (2017). Liberdade de Movimentos e Posições no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto. *Riase online*. 3(1), 886 – 900. DOI: 10.24902/r.riase.2017.3(1).886

- Ferreira, S.S.C.H. (2016). Métodos Não Farmacológico de Alívio da Dor. In M. Néné, R. Marques & M.A. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.416 – 424). Lisboa: Lidel.

- Ferreira, L. S., Laia, M. P & Néné, M. (2010). Envolvimento paterno e o planeamento da gravidez. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 2, 21-30.

- Fonseca, S. (2016). Métodos de Indução do Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques & M.A. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.356 – 367). Lisboa: Lidel.

- Gabriel, M.R. & Dias, A.C.G. (2011). Percepções sobre a paternidade: descrevendo a si mesmo e o próprio pai como pai. *Estudos de Psicologia*, 16(3), 253-261.

- Graça, L.M. & Barros, J.J.S. (2010). Morfologia da placenta e dos anexos fetais. In L.M. Graça (Coord). *Medicina Materno-Fetal* (pp.14-31). Lisboa: Lidel.

- Gedeão, A. (1956). *Movimento perpétuo*. Coimbra: Of. Atlântida.

- Governo alarga licença obrigatória do pai de 15 para 20 dias (4 de Maio de 2017, 19:59). *Jornal Público*, 9877. Acedido a 18.07.2017. Disponível em: <https://www.publico.pt/2017/05/04/economia/noticia/governo-quer-alargar-licenca-do-pai-de-15-para-20-dias-1771010>

- Instituto de Segurança Social, I.P. (2018). Guia Prático - Subsídio parental. Acedido a 18.02.2018. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/23362/3010_subsidio_parental/0bd0fafb-9e8d-4613-8bb4-e9bf3ac7e5f1

- Instituto Promundo (2015). *Programa P - Manual para o exercício da Paternidade e do Cuidado* (2ª ed). Rio de Janeiro: Instituto Promundo.
Acedido a: 02.01.2018. Disponível em: https://promundo.org.br/wp-content/uploads/sites/2/2014/08/promundo_manualp_07i_web.pdf

- International Confederation of Midwives (2013). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*. Acedido a 24.06.2017. Disponível em: <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>

- International Confederation of Midwives (2015). *Midwifery Services Framework Guidelines for developing SRMNAH services by midwives. Field-test version*. Acedido a 24.06.2017. Disponível em: <https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Manuals%20and%20Guidelines/MSF%20for%20field-testing,%2017Mar15.pdf>

- Lei n.º 120/2015 de 1 de Setembro (2015). *Procede à nona alteração ao Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, reforçando os direitos de maternidade e paternidade, à terceira alteração ao Decreto – Lei n.º 91/2009, de 9 de abril, e à segunda alteração ao Decreto – Lei n.º 89/2009, de 9 de abril. Diário da República 1.ª série, N.º 170 (01-09-2015) 6635-6637.*

- Lei n.º 15/2014 de 21 de Março (2014). *Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República Série I, N.º 57 (21-03-2014) 2127–2131.*

- Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro (2007). *Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro. Diário da República 1.ª série, N.º 170 (04-09-2007) 6181-6258.*

- Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro (2002). *Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Diário da República Série I-A, N.º 258 (08-11-2002) 7150-7154.*

- Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto (1990). Lei de Bases da Saúde. *Diário da República Série I*, N.º 195 (24-08-1990) 3452-3459.

- Lei n.º 14/85 de 6 de Julho (1985). Estabelece o Acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto. *Diário da República I Serie*, N.º 153 (06-07-1985)1874.

- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés. Lisboa: UNICEF.

- Martins, C. A. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem*. Tese de doutoramento em enfermagem. Universidade de Lisboa com a participação da Escola Superior de Saúde de Lisboa. Lisboa. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9420/1/ulsd066671_td_Cristina_Martins.pdf

- Martins, E., Marques, M.J.& Tomé, J. (2002). Analgesia epidural obstétrica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*,18,163-168.

- Martins, I.M. & Carvalho, B.P. (2006). *Pê de Pai*. Carcavelos: Planeta Tangerina.

- Mazzieri, S.P.M. & Hoga, L. A. K. (2006). Participação do pai no nascimento e parto: revisão da literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10(2), 166-170. DOI: S1415-27622006000200011

- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5th ed.). Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.

- Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

- Mendes, J.M.G. (2006). A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. *Revista de Formação contínua em Enfermagem – INFORMAR*, ANO XII, 36, 71-77.

- Moraes, S.M.O. & Almeida, R.A.R. (2013). Do ser homem ao sentir-se pai. A importância da enfermagem na construção da paternidade. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 13, 39-47.

- Motta, C.C.L. & Crepaldi, M.A. (2005). O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 15 (30), 105-118. DOI:10.1590/S0103-863X2005000100012

- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190. Methods, evidence and recommendations*. Version 2. UK: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Acedido a 04.06.2018.
Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>

- Nogueira, J.R.D.F. & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. *Revista de Enfermagem Referência, serIII*(8), 57-66. DOI:10.12707/RIII1214

- Nunes, M. & Nunes, S. (2016). "Bons Enfermeiros" – o que os distingue? *Enfermagem*, 44, 5- 8.

- Organisation for Economic Co-operation and Development (2016). Parental leave: Where are the fathers? OECD Publishing. Acedido a 02.06.2017. Disponível em: <https://www.oecd.org/policy-briefs/parental-leave-where-are-the-fathers.pdf>

- Oliveira, D.C. & Mandú, E.N.T. (2015). Women with high-risk pregnancy: experiences and perceptions of needs and care. *Escola Anna Nery*, 19(1), 93-101. DOI:10.5935/1414-8145.20150013

- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 22-01-2018. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5154/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 30.05.2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LivroBolso_EE_SMO.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 30.05.2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 16.07.2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

- Perdomini, F.R.I. & Bonilha, A.L.L. (2011). A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20 (3), 445-452. DOI: 10.1590/S0104-07072011000300004

- Peters, M.D.J., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H. & Parker, D. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. In Aromataris E., Munn Z. (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. Acedido em 11.03.2018. Disponível em: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>

- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2015). *The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. Disponível em : http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pousa, O.T. (2013). Saberes e competências do pai, com preparação para o parto, durante o trabalho de parto e parto. Contributos para a prática de enfermagem. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 13 ,48-51.
- Prada, F. & Rafael, M. (2016). Partograma. In M. Néné, R. Marques & M.A. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.348 – 352). Lisboa: Lidel.
- Projeto Lei n.º 177/XIII (1.ª) de 20 de Abril (2016). Reforço dos direitos de maternidade e de paternidade. *Diário da República*, Separata 024 (20-04-2016) 12-23. Acedido a 17.07.2017. Disponível em <https://www.parlamento.pt/DAR/Paginas/Separatas.aspx>
- Rebelo, T. (1996). Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: contributo para análise das representações sociais. *Revista Sinais Vitais*, 9, 13-18.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República 2ª série* , N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653.
- Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde

Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República 2.ª série*, N.º 35 (18-02-2011) 8662-8666.

- Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 de 03 de Janeiro (2001). Aprova para ratificação, a convenção para a protecção dos direitos do Homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e medicina. *Diário da República I SÉRIE- A*, N.º 2 (03-01-2001) 14-36.
- Ribeiro, H.C. & Lopes, L (2006). O papel do pai na sala de partos. *Nursing*, 206 (16), 25-27.
- Ribeiro, A. F. C. (2005). Afinal a díade é tríade? A evolução do conceito de pai e da sua participação no nascimento do filho. *Servir*, 53(4),190-194.
- Rodrigues, C. (2014). O papel do pai na Gravidez, Parto e Pós-Parto: percepções paternas. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 14, 47-51.
- Rodrigues, C. (2013). Fatores contributivos para o declínio do aleitamento materno. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 13, 21-25.
- Rodrigues, C., Domingues, G., Duarte,H. & Franco, J. (2010). Construção do inventário de envolvimento do pai na gravidez e do inventário do envolvimento do pai no trabalho de parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 11, 6-9.
- Rominov, H. , Giallo, R., Pilkington, P.D. & Whelan, T. A. (2016). Midwives' perceptions and experiences of engaging fathers in perinatal services. *Women and Birth: journal of the Australian College of Midwives*, 30 (4), 308 – 318. DOI: 10.1016/j.wombi.2016.12.002

- Santana, A. & Figueiredo, M. (2016). Vigilância do Bem-estar Materno-fetal. In M. Néné, R. Marques & M.A. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.392 – 399). Lisboa: Lidel.
- Santos, M. C. & Bernardes, A. (2010). Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 359-366. DOI: 10.1590/S1983-14472010000200022
- Silva, E.L.C, Lamy, Z.C. , Rocha, L.J.L.F & Rodrigues, J. (2012). Paternidade em tempos de mudança: uma breve revisão da literatura. *Revista Pesquisa Saúde*, 13(2), 54-59.
- Soares, H. (2008). *O Acompanhamento da Família no seu Processo de Adaptação e Exercício da Parentalidade: Intervenção de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7175/2/Tese%20Mestrado%20Hlia.pdf>
- The Committee on the Elimination of Discrimination against Women (1979). *The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. New York: United Nations. Acedido a 02.05.2018. Disponível em <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf>
- Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (2010). Convenção Europeia dos Direitos do Homem. Convenção para a proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais. Acedido a 05.04.2018. Disponível em: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_POR.pdf
- Tomeleri, K.R., Pieri, F. M., Violi, M.R., Serafim, D. & Marcon, S.S (2007). Eu vi o meu filho nascer: vivência dos pais na sala de partos. *Revista Gaucha Enfermagem*, 28(4), 497-504.

- World Health Organization (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 30.04.2018. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- World Health Organization (2015). *Recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 04.06.2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/172427/9789241508742_report_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization (2009). *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 04.06.2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44117/1/9789241597494_eng.pdf?ua=1&ua=1
- World Health Organization (2007). *Fatherhood and Health outcomes in Europe*. Geneva: World Health Organization. Copenhagen: World Health Organization. Acedido a 02.06.2017. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/69011/E91129.pdf
- World Health Organization (2000). *Mastitis - Causes and Management*. Geneva: World Health Organization. Geneva: World Health Organization. Acedido a 05.06.2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66230/WHO_FCH_CAH_00.13_eng.pdf;jsessionid=99DBDCD506FDC63DEC194B03C4416184?sequence=1
- World Health Organization (1996). *Care in normal birth: a practical guide. Maternal and newborn health / Safe motherhood unit family and reproductive health*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 02.06.2017. Disponível em: <http://helid.digicollection.org/en/d/Jwho06e/3.5.html>.

- World Health Organization (1985). Appropriate technology for birth. *The Lancet*, 2, 436-437. DOI: 10.1016/S0140-6736(85)92750-3.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Análise dos Estudos Seleccionados

TÍTULO DO 1º ESTUDO: O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé	
AUTOR(ES)	João Rui Duarte Farias Nogueira e Manuela Ferreira
ANO DE PUBLICAÇÃO	2012
ORIGEM	Revista de Enfermagem Referência (Portugal)
OBJETIVO DO ESTUDO	Pretende verificar se existe relação entre as variáveis sócio - demográficas, o envolvimento na gravidez ou o corte do cordão umbilical com a ligação emocional do pai com o bebé.
POPULAÇÃO DO ESTUDO E TAMANHO DA AMOSTRA	222 Pais; Amostra não probabilística
METODOLOGIA/ MÉTODOS	Estudo tipo transversal e descritivo/analítico / Aplicação de questionário com 32 perguntas em três momentos diferentes: durante o trabalho de parto, 1º e 3º dia após o parto.
RESULTADOS	Verificaram que a idade (entre 25 a 40 anos), o acompanhamento da grávida às consultas de vigilância da gravidez e nos preparativos para o nascimento do bebé e leitura de informação sobre o bebé em desenvolvimento, o envolvimento na gravidez e o corte do cordão umbilical influenciam positivamente a ligação emocional com o bebé.
PRINCIPAIS DESCOBERTAS QUE SE RELACIONAM COM A PERGUNTA DA SCOPING REVIEW	Os pais inquiridos durante a gravidez acompanharam a grávida às consultas de vigilância e às aulas de preparação para o parto, ajudaram nos preparativos para o nascimento, leram informação sobre o bebé em desenvolvimento. Os profissionais de saúde do estudo promoveram o envolvimento do pai no parto e pós parto: incentivaram e proporcionaram o corte do cordão umbilical, proporcionaram aos

pais a participação nos cuidados imediatos ao recém nascido (a vestir, tocar-lhe e pegarem ao colo).

Tabela 1 - Análise do artigo " O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé"

TITULO DO 2º ESTUDO: Midwives' perceptions and experiences of engaging fathers in perinatal services	
AUTOR(ES)	Holly Rominov, Rebecca Giallo, Pamela D. Pilkington e Thomas A. Whelan
ANO DE PUBLICAÇÃO	2016
ORIGEM	Women and Birth (Austrália)
OBJETIVO DO ESTUDO	Descrever as perceções e experiências das parteiras no envolvimento dos pais nos serviços perinatais
POPULAÇÃO DO ESTUDO E TAMANHO DA AMOSTRA	106 Parteiras (os) , a maioria dos entrevistados eram do sexo feminino, com idades entre 22 e 64 anos. 13 parteiras (os) também participaram em entrevistas por telefone (12 mulheres e um homem). A média de idade desse grupo foi de 48,6 anos, com idades variando de 27 a 61 anos.
METODOLOGIA/ MÉTODOS	Estudo Qualitativo/ Abordagem multi-método com um questionário online e com uma entrevista telefónica semi-estruturada.
RESULTADOS	As parteiras concordaram unanimemente que envolver os pais faz parte do seu papel e reconheceram a importância de realizar ações de educação para desenvolver conhecimentos e habilidades dos pais. A análise das entrevistas por telefone levou à identificação de uma gama de estratégias, aspetos facilitadores e barreiras ao envolvimento de pais nos serviços de obstetrícia. Alguns deles estavam relacionados com fatores específicos dos pais, com características das

	<p>parteiras e com fatores externos de políticas organizacionais.</p>
<p>CONCLUSÃO DO AUTOR</p>	<p>A descoberta deste estudo tem implicações importantes para o papel da parteira durante a atual mudança de paradigma para o cuidado no envolvimento do pai. Os fatores identificados neste estudo afetam as habilidades das parteiras para envolver os pais e podem ser usadas como um guia para informar futuras parteiras. Como este é o 1º estudo conhecido a centrar-se nas percepções e experiências das parteiras no envolvimento paterno existem muitas oportunidades para adicionar a estes resultados futuras pesquisas. São também necessárias pesquisas de percepções e experiências de diferentes profissionais de saúde que trabalham com os pais durante o período perinatal, a fim de continuar a melhorar a prática de envolvimento do pai. Os pais precisam ser abraçados a todos os níveis pelo sistema de saúde como um componente crítico do cuidado perinatal.</p>
<p>PRINCIPAIS DESCOBERTAS QUE SE RELACIONAM COM A PERGUNTA DA SCOPING REVIEW</p>	<p>As parteiras reconheceram a importância de envolver os pais, mas existem lacunas de conhecimento significativas. Foram identificadas várias estratégias/intervenções das parteiras para envolver os homens nos serviços perinatais.</p> <p>As intervenções da parteira na promoção do envolvimento do pai passam por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover uma relação de confiança através do contato visual, perguntando sempre o nome e ocupação dos pais; • Incentivar os pais a participar em todo o processo com as suas parceiras; • Disponibilizar para contatos posteriores em caso de alguma dúvida ou preocupação; • Registar dados do pai : nome, idade, ocupação e tipo de relacionamento; • Comunicar aos pais o importante papel que desempenham no apoio à parceira durante a

gravidez, trabalho de parto , amamentação e cuidados ao recém-nascido;

- Envolver os pais durante o trabalho de parto estipulando-lhes funções como providenciar uma toalha fria, copos de água e chá, organizar músicas, massajar as costas das parceiras e segurar as suas mãos;
- Fornecer instruções aos pais para liderarem os exercícios de respiração;
- Incentivar a participação dos pais em discussões sobre aleitamento materno;
- Educar para os cuidados ao recém nascido;
- Encorajar os pais a fazerem parte da vida do bebê além da alimentação , nomeadamente no banho, cantar para o bebê, ler para o bebê.

Tabela 2- Análise do artigo "Midwives' perceptions and experiences of engaging fathers in perinatal services"

**APÊNDICE II – Trabalhos efetuados no EC III –
Sessão de Educação e Folder**

**APÊNDICE III – Trabalhos efetuados no Estágio com Relatório –
Cartaz e Folder**